FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1923-1924 2e Série N° 268

LA TUBERCULOSE GÉNITALE

DANS SES

RAPPORTS avec la PUERPERALITÉ

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul FEUILLADE

Né le 26 Janvier 1898, à LONGUYON (Meurthe-et-Moselle)

Examinateurs de la Thèse :

MM. Fruhinsholz, professeur. — *Président.*
Vautrin, professeur. — *Juges.*
Perrin, agrégé. — *Juges.*
L. Cornil, agrégé. — *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

ANC. IMPRIMERIE VAGNER, 3, RUE DU MANÈGE

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1923-1924 2e Série No 268

LA TUBERCULOSE GÉNITALE

DANS SES

RAPPORTS avec la PUERPERALITÉ

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Paul FEUILLADE

Né le 26 Janvier 1898, à LONGUYON (Meurthe-et-Moselle)

Examinateurs de la Thèse :

MM. Fruhinsholz, professeur. *Président.*
Vautrin, professeur.....
Perrin, agrégé ..... *Juges.*
L. Cornil, agrégé.....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

ANC. IMPRIMERIE VAGNER, 3, RUE DU MANÈGE

1924

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. L. Spillmann, O ✲, I ✪.
Assesseur : M. E. Simon, ✲, I ✪.
Doyen honoraire : M. F. Gross, O ✲, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. Nicolas, ✲, I ✪ ; Prenant, ✲, I ✪ ; F. Gross, O ✲, I ✪ ; Herrgott, O ✲, I ✪ Weiss, O ✲, I ✪.

Professeurs

Chimie médicale et toxicologie	M. Garnier. I ✪.
Hygiène	M. Macé, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. Simon, ✲, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. Vuillemin, ✲, I ✪.
Médecine légale	M. P. Parisot, O ✲, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. Haushalter, ✲, I ✪.
Anatomie pathologique	M. L. Hoche, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. Etienne, ✲, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. A. Vautrin, ✲, I ✪.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. Spillmann, ✲, I ✪.
Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantile	M. Frœlich, ✲, I ✪.
Physiologie	M. Lambert, ✲, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. Fruhinsholz, ✲, I ✪.
Histologie	M. Collin, ✲, I ✪.
Anatomie descriptive	M. Lucien, ✲, I ✪.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. Jacques, ✲, I ✪.
Clinique des voies urinaires	M. P. André, ✲, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. G. Michel, ✲, I ✪.
Pathologie interne et clinique médicale propédeutique	M. Richon, ✲, I ✪, agrégé libre.
Physique	M. Dufour, ✲, I ✪.
Chimie médicale	M. H. Robert, I ✪.

Chargés de cours complémentaires

Accouchements (Cours théorique)	M. S. Remy, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. Perrin, ✲, I ✪, agrégé.
Thérapeutique	M. Perrin, ✲, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J. Parisot, O ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. Parisot, O ✲, I ✪, agrégé
Pathologie externe	M. A. Binet, I ✪, agrégé.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	M. Binet, ✲, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. L. Caussade, A ✪, agrégé.
Clinique ophtalmologique	M. Jeandelize, A ✪, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. Lalanne, I ✪.
Cours d'hydrologie	M. Perrin, ✲, I ✪, agrégé.
Médecine opératoire	M. Barthélemy, ✲, I ✪, agrégé.
Electrothérapie et radiologie	M. Lamy, I ✪, agrégé.
Education physique	M. Mathieu, A ✪, agrégé.

Agrégés en exercice

M. M. Perrin, ✲, I ✪.	M. P. Jeandelize, A ✪.	M. Watrin ✲, , I ✪.
M. G. Thiry, ✲, I ✪.	M. L. Caussade, A ✪.	M. Hamant, I ✪.
M. J. Parisot, O ✲, I ✪.	M. Barthélemy, ✲, I ✪.	M. Cornil, I ✪.
M. P. Mathieu, A ✪.	M. Lamy, I ✪.	M. de Lavergne, I ✪.
M. L. Job, ✲, I ✪.	M. Mutel, ✲, A ✪.	

Agrégés libres

MM. Février, G O ✲, I ✪ ; G. Gross, ✲, I ✪ ; S. Remy, I ✪ ; Busquet, I ✪ ; Binet, I ✪ ; Fairise, A ✪.

M. A. Pacaud, I ✪, Secrétaire.
M. F. Lambert des Cilleuls, ✲ ⛄, I ✪, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,

LE DOCTEUR FEUILLADE

A MA FEMME

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FRUHINSHOLZ

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR VAUTRIN

Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PERRIN

Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. CORNIL

INTRODUCTION

L'étude des réactions réciproques de la tuberculose et de la gestation a été l'objet de nombreux rapports et de vives discussions dans ces dernières années.

Une conception toute récente du mécanisme de l'infection tuberculeuse, tant primitive que secondaire, a changé complètement l'interprétation que l'on donnait autrefois à ce type d'infection spécifique.

Il est certain que, sans nier les modifications humorales entraînées par le développement de la tuberculose, il existe un véritable facteur terrain anatomique, sur lequel la réinfection tuberculeuse agira suivant les sujets.

Il nous est apparu que, dans le domaine des infections spécifiques, à côté de l'immunité générale se traduisant dans la tuberculose par l'allergie bien mise en valeur par les travaux de Von Pirket (de Vienne), Rist, Rolland, Léon Bernard, Besançon, il existait une véritable immunité locale dont les caractères réactionnels restent à déterminer. Cette notion, qui est la conséquence des recherches de Besredka, nous a permis de proposer l'explication pathogénique de certaines formes de tuberculose génitale évoluant au cours de la gestation.

Nous pensons, en effet, avec L. Cornil, que l'allergie locale de tel organe doit prendre place à côté de l'allergie générale du sujet, si l'on veut embrasser avec fruit toutes les données du problème.

En outre, en raison des modifications anatomiques et physiologiques particulières qu'entraîne le développement de la grossesse au niveau des organes génitaux, le problème se complique, puisqu'il s'agit là de savoir si cette grossesse modifie le facteur, terrain local, dans le sens de la résistance ou dans le sens de la sensibilisation.

Notre intention, aujourd'hui, est d'aborder l'étude très spéciale de l'évolution de la tuberculose génitale pendant la puerpéralité — ce terme étant pris dans son sens le plus large, du début de la gestation aux suites de couches.

Si la tuberculose génitale a été abondamment étudiée, et continue à l'être davantage, il semble que l'on se soit peu préoccupé des rapports susceptibles d'exister entre elle et une gestation possible.

Nos classiques réglent la question en quelques lignes consacrées aux complications génitales — stérilité ou grossesse anormale — et au traitement — chirurgical et conservateur.

Il n'existe pas, à la connaissance des Maîtres que nous avons eu l'honneur de consulter, de travail d'ensemble sur la question.

Les auteurs, à différentes reprises, ont publié des cas de tuberculose génitale évoluant avec une gestation normale ou non, et ont souvent omis de retirer de leurs observations les enseignements qui s'y trouvaient.

Nos recherches nous ont permis de grouper un certain nombre d'observations se rapportant à la question; la plus ancienne date de 1859. Depuis ce moment, ce sont les auteurs Allemands qui paraissent s'en être occupés le plus activement et, parmi eux, KOCKEL et LUNGEWITZ, SCHMORL, BIRSCH-HIRCHFELD, RUNGE, VON BARDELEBEN, JUNG, KRAUSS, SITZENFREY, enfin, HARBITZ et LANTZ.

H.-L. CELLER, en Amérique, DUBOIS, en Suisse, HALLYDAY CROOM, en Angleterre, MERLETTI et DECIO, en Italie, ont publié quelques documents épars.

En France enfin, on considère la grossesse comme une rareté quand on ne va pas jusqu'à la nier.

Nous devons cependant citer les travaux de BAR et de ses élèves, DAUNAY, DEVRAIGNE, KERVILY et CHIRIÉ. Seule, la question thérapeutique semble avoir retenu l'attention des auteurs français et, récemment encore, dans un mémoire fort complet, M. le Professeur VAUTRIN en fixait les indications.

Nous entendons donc apporter une modeste contribution à l'étude de ce point particulier de la tuberculose génitale ainsi qu'à l'étude des immunités locales dont chaque jour apparaissent plus évidentes les réalités pathogéniques.

Nous comprendrons, sous le terme de tuberculose génitale, toutes les lésions anatomiques bacillaires rencontrées au niveau de l'arbre génital, sans en excepter la caduque et le placenta.

Nous avons, d'autre part, négligé quelques observations de tuberculose vulvaire et vaginale dont l'existence ne paraît pas devoir mettre obstacle à la fécondation.

Nous essaierons, sans idée préconçue, de tirer des faits observés quelques conclusions et de greffer sur ces faits des hypothèses.

Sans doute, bien des observations ne sont nullement probantes du point de vue anatomo-pathologique; bien des auteurs n'appuient pas leurs relations de contrôle histologique indispensable ou de l'inoculation; mais si de ce fait, le nombre de nos observations n'entraîne pas la conviction, il ne faut pas oublier que bien des tuberculoses génitales à forme discrète passent inaperçues et qu'enfin beaucoup aussi, et qui ont été reconnues, n'ont pas encore été publiées. (Obs. du Professeur FRUHINSHOLZ et de BOQUEL).

Si, en effet, nous considérons la fréquence absolue de la tuberculose annexielle, les statistiques nous montrent qu'elle existe dans la proportion de 1,33 % (SIMMONDS) à 0,26 % (HANSEMANN).

Par rapport aux autres localisations tuberculeuses, la moyenne des statistiques — dont les résultats sont d'ailleurs fort variables — montre que dans une proportion de 5 à 6 % on trouve de la tuberculose annexielle à l'autopsie de femmes mortes phtisiques (DELORE ET CHALIER).

Ces mêmes auteurs affirment enfin que, « grâce à l'essor de la chirurgie moderne, on a pu reconnaître à la laparatomie des tuberculoses tubaires méconnues cliniquement; et c'est aussi grâce à l'emploi systématique de méthodes de recherches perfectionnées que l'on a pu déceler maintes tuberculoses, là où un simple examen miscroscopique ne révélait que des lésions de salpingite d'apparence banale. »

Ils mettent enfin le chirurgien en garde contre l'aspect trompeur de bien des annexites et l'engagent à pratiquer de parti pris l'examen histologique.

D'après les auteurs, la proportion des annexites bacillaires par rapport au nombre total des annexites opérées est, en moyenne, de 8 à 10 %, chiffre qui paraît inférieur à la réalité, pour DELORE et CHALIER. Certaines statistiques, d'autre part, donnent jusqu'à 18 %.

Dans la première partie de ce travail, nous analyserons cliniquement les observations que nous avons recueillies.

La seconde partie sera consacrée aux hypothèses et à la pathogénie.

Nous ne saurions trop remercier nos Maîtres de la Faculté de Nancy qui nous ont guidé dans l'élaboration de ce travail et plus particulièrement M. le Professeur FRUHINSHOLZ et M. le Professeur Agrégé L. CORNIL.

Il nous a semblé bon d'intercaler, dans ce travail, un chapitre de pathologie comparée dont la documentation nous a été fournie en grande partie par les Maîtres des Ecoles vétérinaires d'Alfort et de Lyon, par M. le Vétérinaire Principal SPARTZ, du Grand-Duché de Luxembourg et par MM. les Vétérinaires des Abattoirs de Nancy.

Que les Maîtres qui ont bien voulu répondre à nos demandes de renseignements trouvent ici l'expression de notre gratitude.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

CHAPITRE PREMIER

LA TUBERCULOSE GENITALE PERMET-ELLE LA GROSSESSE ?

Tuberculose génitale préexistant à la grossesse

1° *Tuberculose génitale, ayant existé et ayant guéri spontanément, suivie de grossesse*

A propos de la tuberculose utéro-annexielle, Forgue et Massabuau, parlant des complications, écrivent ces lignes : « La stérilité mise à part, il faut signaler surtout la grossesse tubaire »; et plus loin : « La cause occasionnelle de la généralisation tuberculeuse paraît être en général, soit un traumatisme accidentel ou opératoire, soit une grossesse. Pendant la grossesse, l'évolution des lésions annexielles est activée. Après

l'accouchement, la généralisation tuberculeuse peut prendre une allure aiguë semblable à une infection puerpérale grave. En résumé, le pronostic de la tuberculose annexielle abandonnée à elle-même est mauvais; les cas de guérison spontanée sont exceptionnels. »

Delore et Chalier ont une opinion moins définitive et pensent que malgré toutes les complications menaçantes, la tuberculose tubaire du moins « est susceptible d'une guérison spontanée par les seules ressources de la nature. »

Dans les lésions très atténuées on peut, en effet, arriver à une restitutio ad integrum. Ceci étant l'exception, ces mêmes auteurs pensent que les altérations tuberculeuses de l'arbre génital ont pour corrollaire presque fatal, la stérilité.

Au chapitre « Tuberculose utérine », du même ouvrage, des exemples montrent que la grossesse peut évoluer dans un utérus contaminé par le bacille de Koch.

Nous rapportons ici cinq observations de malades traitées médicalement pour tuberculose génitale et où la guérison clinique fut suivie de grossesse où tout se passa sans incidents graves.

Olivier, dans sa thèse, rapporte un cas de tuberculose annexielle, soignée six ans après que le diagnostic fut porté, et alors que la malade semblait vouée à la stérilité absolue. Revue trois ans après le début du traitement, la malade va bien et on ne tarde pas à reconnaître l'existence d'une grossesse qui, malheureusement, se termine par un avortement de six semaines. (Observ. I).

Hamm (observ. II) rapporte également un cas d'annexite droite traitée par la radiothérapie chez une malade qui s'améliore rapidement et eut une grossesse normale, un accouchement normal sans complication puerpérale.

Dans cette observation, comme dans la suivante que nous devons à l'obligeance de M. Boquel, la mère a nourri son enfant.

L'observation III est intéressante en raison de la fièvre qui s'est déclarée dans les jours qui suivirent l'accouchement, fièvre qui s'éleva aux environs de 40° sans que l'on n'ait pu déceler cliniquement une évolution tuberculeuse, soit pulmonaire, soit génitale.

Ceci avait suffisamment alarmé le médecin, qui jugea bon d'interdire l'allaitement; conseil que la malade ne suivit point, sans incident regrettable pour elle.

L'observation IV, du même auteur, nous montre également une grossesse évoluant normalement dans un utérus dont les annexes, antérieurement atteintes, paraissaient être guéries.

Notre ami, le Docteur Viala, nous communique l'observation V, d'une malade dont la gestation normale ainsi que l'accouchement ne semblent pas avoir altéré la santé malgré une annexite bacillaire ancienne relativement grave et une constitution délicate.

Il resterait évidemment à prouver que ces annexites, guéries en apparence, étaient bien de nature bacillaire. Nous avons affaire, dans trois de ces cas, à des malades atteintes ou suspectes de bacillose pulmonaire

et dans ceux-là du moins, il ne semble pas que l'on puisse attribuer à l'annexite une autre origine que la superinfection bacillaire.

De toutes façons, d'après les observations rapportées ici, il semble bien que, chez ces anciennes malades, tout se passe normalement sans complications sérieuses d'aucune sorte, ni pour la mère, ni pour l'enfant, exception faite du cas rapporté dans la thèse d'Olivier.

2° *Tuberculose génitale ayant existé et ayant été opérée, suivie de grossesse*

Le doute ne peut subsister dans ces cas où le chirurgien fut à même de constater, de visu et par l'examen histologique, la nature des lésions.

Les observations demeurent ici. peu nombreuses, et il y a peu de chance pour qu'elles n'aient pas été toutes publiées. M. le Professeur Vautrin, dans son mémoire, nous donne l'une des causes de la rareté de ses relations en même temps qu'il défend éloquemment, et avec faits à l'appui, l'opération conservatrice : « On discute encore sur l'utilité des opérations conservatrices dans la tuberculose pelvienne. Les uns, se basant sur la stérilité habituelle de la tuberculose génitale, ne reconnaissent aucun avantage à la résection économique; les autres, redoutant les récidives lorsqu'on respecte une portion de trompe touchée par le bacille, ne comprennent que la castration totale. Pour répondre à ces critiques, il faut envisager que les sujets porteurs de tuberculose pelvienne sont en général des femmes jeunes, pour qui la vie génitale

vient de s'ouvrir. La perspective d'une hystérectomie à cet âge est pénible au point d'entraîner l'hésitation de la patiente; celle d'une opération conservatrice, au contraire, lui rend la confiance et l'espoir.

Pour la femme mariée, il en est de même. L'opération économique laisse l'espoir d'une maternité. Cet espoir n'est pas vain, bien qu'il soit très problématique. Quoique la femme, entachée de tuberculose annexielle, soit vouée généralement à la stérilité, le fait n'est pas constant et on est autorisé à tenter la chance... Chez une malade à qui, en 1909, j'ai pratiqué la résection, pour tuberculose, des deux portions ampullaires des trompes, j'ai eu l'occasion de constater, deux ans après, une grossesse au quatrième mois, évoluant normalement. La malade, ayant ensuite quitté la Lorraine, je n'ai pu obtenir des renseignements ultérieurs. »

L'observation VI, citée par M. Vautrin, montre particulièrement bien l'excellent résultat des opérations conservatrices puisque, sauf une alerte au cinquième mois, que l'on ne peut forcément rapporter aux lésions antérieures, tout se passa parfaitement bien.

Dans un cas de sa clientèle privée, M. le Professeur Fruhinsholz (observ. VII) nous montre les bienfaits de l'opération conservatrice chez une malade à la vie génitale fort tourmentée et qui ne pouvait prétendre à une nouvelle maternité après une stérilité de quinze ans. Les deux ovaires étaient cependant touchés. Cinq ans après l'opération, et après deux avortements, qui montrent bien la nouvelle aptitude à la fécon-

dation, elle a une grossesse à peu près normale, dont les suites sont sans histoire. A remarquer que, malgré une interruption de vingt ans dans ses parturitions, l'accouchement évolue comme chez une multipare.

Macnaughton Jones rapporte un cas de pyosalpinx tuberculeux opéré, qui permit à la malade d'avoir cinq enfants, tous bien portants et sans aucun dommage pour sa santé. (Observ. VIII).

Nous n'avons pu trouver, à notre grand regret, l'observation originale.

L'observation de Tedenat (observ. IX) montre une malade qui, ayant présenté une tumeur abdominale recouverte de granulations bacillaires, eut une survie de dix-neuf ans au moins, deux grossesses normales et un avortement.

Nous devons à l'obligeance de M. Muret, une observation (observ. X) de tuberculose utérine diagnostiquée histologiquement et où le curettage permit une grossesse et un accouchement normaux. Les suites de couches furent, dans ce cas, particulièrement pénibles. D'après l'auteur, on ne saurait d'ailleurs qui incriminer : sage-femme ou séquelles, de l'infection antérieure.

M. Delassus (observ. XI) nous communique un cas de péritonite bacillaire avec ascite traitée par laparotomie simple qui fut suivie d'une grossesse sans incident deux ans après.

M. Heully (observ. XII) a rapporté dernièrement, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy, un cas où la bilatéralité des lésions ne peut faire aucun doute. Le traitement médical, après un mieux

sensible, n'avait donné aucun résultat positif et, seule, la chirurgie conservatrice ramena chez cette malade un état satisfaisant en même temps qu'une heureuse maternité.

Les faits de ce genre sont donc en nombre très restreint, mais l'heureuse issue et le pronostic favorable, que l'opération conservatrice laisse entrevoir, suffit à la défendre.

J.-L. Faure, partisan convaincu de l'extirpation large, en 1902, ne paraît pas avoir adopté depuis une opinion moins radicale. Dans son *Traité de Gynécologie*, il considère comme exceptionnelle la pratique conservatrice.

Depuis Aman et Veit, en 1902, bien des auteurs sont moins intransigeants et les excellents résultats publiés par Jaboulay, A. Pollosson, Vanverts, Paucot et le Professeur Vautrin, permettent de fonder sur cette technique de réelles espérances du point de vue obstétrical, sans oublier les longues survies dont bénéficient généralement les malades.

3° *Tuberculose génitale ayant précédé puis accompagné la grossesse*

Les résultats sont moins brillants lorsque la tuberculose génitale préexistante et non améliorée se complique d'une grossesse.

Vassmer met bien en évidence que le pronostic s'assombrit. Sous l'influence des modifications anatomiques et physiologiques des tissus dans le domaine génital, le processus tuberculeux s'étend rapidement

et les chances de survie sont minimes pour la mère et souvent aussi pour l'enfant.

Il n'en est pas moins vrai que la conception est possible et que l'œuf peut se greffer sur la muqueuse utérine malade.

Quelle est la marche de la grossesse?

Il n'y a pas de règles et sur les observations que nous avons réunies, le nombre des accouchements normaux est sensiblement égal au nombre des avortements.

Une observation, cependant, est particulièrement instructive : celle de Hartmann-Keppel, où en cinq ans une malade fait dix-sept fausses couches avec un Wassermann obstinément négatif, et sans lésions pulmonaires accentuées. Les annexes droites étaient tuberculeuses. (Observ. XIII).

Von Franké (observ. XIV), Breus (observ. XV), Tedenat (observ. XVI), Studdiford (observ. XVII), Celler (observ. XVIII), Albertin et Tavernier (observ. XIX), Bouilly et Leuret (observ. XX), rapportent des cas d'avortements spontanés chez des malades atteintes d'annexite bacillaire. Dans deux de ces observations (XVIII et XIX) on observe une succession ou alternance d'accouchements normaux et d'avortements à un moment où la tuberculose génitale semblait être déjà installée : suites de couches pénibles et fébriles (Celler), pertes blanches et douleurs abdominales (Albertin et Tavernier).

Il semble qu'il en ait été de même dans le cas cité par Heidenthaler où l'un des enfants meurt de tuberculose intestinale et où une fausse couche succède à trois accouchements normaux. (Observ. XXI).

Von Franké, dans les commentaires qui accompagnèrent sa communication au Congrès de Rome de 1902, pense à une extension génitale d'un processus bacillaire péritonéal. Il dit expressément que la tuberculose saisit l'occasion de la puerpéralité pour descendre comme fait la gonorrhée pour monter. Il admet que dans le cas particulier, la tuberculose est descendue du péritoine vers l'utérus.

Sans contester son opinion, rien ne prouve qu'il n'y ait pas eu auparavant un foyer bacillaire génital suivant ce qui est généralement admis.

Dans le cas de Zimmermann, cité par Delore et Chalier, l'avortement fut causé par une tuberculose utérine.

Hunermann trouva, à l'autopsie d'une femme morte de septicémie après avortement, des bacilles tuberculeux dans le thrombus d'un vaisseau utérin.

Mlle Gorovitz, dans sa thèse, rapporte l'observation de Thiercelin (observ. XXII) où l'avortement fut attribué à une tuberculose annexielle et utérine. Le cas de Cooper est particulièrement dramatique. La tuberculose utérine causa la rupture de l'utérus au troisième mois de la grossesse.

Une fois seulement l'on rapporte (Scipiades, observ. XXIII), un cas d'avortement provoqué; ceci chez une grande multipare et au sixième mois de la grossesse. Les poumons paraissaient sains et l'indication fut créée par l'affaiblissement progressif de la malade.

Nous n'avons relevé que trois cas d'accouchements prématurés spontanés. L'un fut communiqué par

Grimault (observ. XXIV) à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy. L'opération, pratiquée dix mois après l'accouchement, montre une infiltration tuberculeuse totale des organes génitaux.

Dubois (observ. XXV) rapporte un autre cas d'accouchement prématuré se produisant deux jours après le début d'une tuberculose miliaire généralisée. L'autopsie pratiquée montra une tuberculose ancienne de la trompe gauche et de l'endomètre.

Jung (observ. XXVI) trouva, à l'autopsie d'une femme polytuberculeuse qui avait accouché à sept mois, une tuberculose des organes génitaux et du placenta.

Les grossesses évoluant jusqu'au terme sont relativement nombreuses.

Harbitz (observ. XXVII), Thorn, Schmorl et Kockel, Schüll trouvent des foyers caséeux, contenant des bacilles, dans des utérus, où avaient évoluées des grossesses parfaitement normales.

Nous pourrions y ajouter, dans les observations citées plus haut, de Celler et de Albertin et Tavernier, les accouchements normaux qui alternaient avec des avortements.

Brouardel et Cousyn (observ. XXVIII et XXIX) rapportent des observations de grossesse particulièrement pénibles, dans l'une (observ. XXVIII), la tuberculose génitale semble remonter au post partum du premier accouchement et se révèle par des pertes blanches et de violentes douleurs hypogastriques qui n'ont pas disparues, mais ne se sont pas accentuées du fait de la grossesse.

La malade de Cousyn, avec des antécédents fort chargés fait, elle, une complication du côté de l'appareil urinaire. Accouchement long qui se termine heureusement. L'opération, pratiquée quelques mois après, montrait des altérations bacillaires des trompes.

Il nous reste à étudier, chez ces malades, les complications d'ordre local et général.

Le retour de couches se fait de façon variable : ménorragies (Hartmann - Keppel) ; dysménorrhée (Brouardel, Cousyn) ; parfois aussi, aménorrhée (Grimault).

Nous trouvons souvent la tuberculose utérine associée à la tuberculose annexielle, qu'elle soit primitive ou secondaire à une lésion des trompes (Cousyn, Heidenthaler, Thiercelin, Harbitz, Dubois, Albertin et Tavernier, Grimault, Krauss).

La rupture utérine, signalée par Cooper, est un fait unique à notre connaissance.

On rencontrerait plus fréquemment la péritonite : les cas de Celler, Tedenat et Scipiades en sont des exemples et nous en trouverons d'autres au cours de cette étude.

La péritonite bacillaire chez la femme, en général, relève d'une origine annexielle dans une proportion de 32 % des cas (Hoene), 40 % (Osler) et même 50 % (Targett). La greffe d'un œuf sur des voies génitales malades ne serait que l'occasion d'une extension péritonéale.

On connaît la très grande sensibilité de l'intestin aux altérations tuberculeuses. Des adhérences se forment et resserrent leurs liens, les anses intestinales

et les organes du petit bassin ne forment plus qu'une masse compacte. La paroi intestinale est envahie et la malade (observ. XVIII) succombe à une perforation intestinale, suite d'ulcérations bacillaires.

D'autres fois, le processus s'étend vers les organes urinaires (observ. XXVIII et XXIX), se traduisant par des douleurs à la miction, l'appariton d'albumine dans les urines et, enfin, des hématuries.

Nous n'insistons pas sur l'aggravation de la tuberculose pulmonaire qui est un fait admis généralement malgré les exceptions connues et qui semblent se multiplier. Notons, cependant, que dans le cas de Scipiades, les poumons restaient intacts, au moins macroscopiquement.

La granulie, complication grave, est relativement fréquente. Harbitz, Dubois, Thiercelin, Davidsohn, Krauss (observ. XXX) en rapportent des exemples vérifiés à l'autopsie. Les accidents sont rapidement mortels au plus tard six semaines après l'accouchement ou l'avortement; seule, la malade de Thiercelin résiste six mois et succombe après qu'une légère amélioration, dans les jours qui suivirent l'avortement, ait laissé espérer un instant une issue favorable.

La malade de Hoffmann fait une généralisation rapide; elle avait présenté, aussitôt après l'accouchement, tous les symptômes d'une métrite chronique. La malade de Zimmermann meurt de septicémie.

Breus, dans une observation fort intéressante, rapporte un cas de tuberculose méningée éclatant huit mois après un avortement; l'autopsie révéla une tuberculose génitale ancienne.

Les seuls résultats satisfaisants sont ceux donnés par les interventions chirurgicales pratiquées après l'accouchement ou l'avortement. Hartmann-Keppel n'enlève que les annexes droites; il serait particulièrement intéressant de connaître les résultats éloignés de l'intervention; une gestation normale survenant serait un argument de plus en faveur de la thèse conservatrice.

Studdiford, Albertin et Tavernier, Grimault et Cousyn ont été amenés, par l'étendue des lésions, à faire des opérations radicales; les suites opératoires sont satisfaisantes là où on les signale. D'autre part, quels qu'aient été la grossesse, l'accouchement et le traitement des suites de couches, les résultats, chez les seize malades où ils sont mentionnés, se répartissent ainsi :

2 morts immédiates (Cooper, Scipiades);

SURVIES MINIMA

- Quelques jours (Krauss);
- 14 jours (Jung);
- 21 jours (Davidsohn);
- 28 jours (Harbitz);
- 7 semaines (V. Franké, Dubois);
- 5 mois (Celler, Bouilly et Leuret);
- 6 mois (Thiercelin);
- 8 mois (Breus);
- 9 mois (Brouardel).

Suites bonnes, mais après opérations (Cousyn, Hartmann-Keppel, Grimault).

On ne signale aucune guérison apparente et durable sans intervention chirurgicale.

Sur quatre enfants viables :

L'un vécut 10 mois (Grimault) ;

Le second vécut 54 jours (Dubois) ;

Le troisième 25 jours (Harbitz) (malformations).

Brouardel ne donne pas de précision.

Chez deux de ces enfants (Harbitz et Dubois) on trouva, à l'autopsie, des altérations tuberculeuses de différents organes.

En résumé, une tuberculose génitale permet la fécondation, qu'elle se soit améliorée (traitement médical ou intervention chirurgicale conservatrice) ou non. Mais le pronostic n'est favorable, pour la mère et l'enfant, que lorsqu'une amélioration nette de la tuberculose génitale a été constatée avant la fécondation.

CHAPITRE II

TUBERCULOSE GENITALE ET GROSSESSE

1° *Tuberculose génitale et grossesse ectopique*

La tuberculose génitale a été citée depuis longtemps comme facteur de grossesse ectopique. Cette théorie du retard dans la progression de la morula, soutenue par Lawson-Tait, a été vigoureusement attaquée par Pagny, dans sa thèse, où il montra l'existence de grossesse ectopique chez des malades où l'épithélium tubaire était intact et pourvu même de ses cils.

Micholistch, en 1903, Lecene et Taylor, en 1910, en ont repris la démonstration sous une autre forme et avec pièces à l'appui.

Au sujet de la grossesse ectopique, Demelin a proposé une théorie trophoblastique, basée sur une blatulation rapide de la morula, amenant l'apparition prématurée du trophoblaste histolytique, qui se fixerait sur une muqueuse saine ou non. L'apparition, plus ou moins rapide du trophoblaste, pourrait expliquer la localisation anatomique de la nidation de l'œuf.

Quoi qu'il en soit, l'anamnèse nous révèle fréquemment, chez les femmes victimes de tels accidents, une infection génitale que l'on a reconnue pour être parfois une lésion bacillaire.

En résumé, retard ou arrêt dans la progression de la morula par suite de lésions tubaires ou peut-être modifications des hormones amenant une segmentation plus rapide, modifications rapportées à des causes diverses (pouvant être, dans le cas particulier, la tuberculose).

Nous donnons ici six observations de grossesse ectopique, tout d'abord, les faits classiques signalés par Warthin et Stober. (Observ. XXXI et XXXII).

La malade de Warthin mourut de péritonite tuberculeuse généralisée. Avant l'intervention, on n'avait pas trouvé de bacilles tuberculeux dans les sécrétions vaginales, et cependant les annexes et le kyste fœtal étaient contaminés, et un écoulement contenant des masses caséeuses et du pus était apparu. La malade avait eu, au deuxième mois de sa grossesse, de violentes douleurs avec tendance au collapsus.

L'observation de Stober réalise un type classique de grossesse extra-utérine avec métrorragies.

Olivier (observ. XXXIII), Lenormant (observ. XXXIV, Alexander et Moskowicz (observ. XXXV) en rapportent d'autres exemples. Enfin, Stein (observ. XXXVI) nous donne un cas de salpingite bacillaire; l'examen histologique de la trompe montrait deux diverticules de la région isthmique alors que l'on avait affaire à une grossesse ampullaire.

Cette dernière observation viendrait à l'appui des

considérations de Lecene et Taylor qui ont constaté, sur des trompes gravides, des lésions endo-salpingiennes avec formation de diverticules dans lesquelles l'œuf pourrait s'arrêter et se développer.

Le traitement a été évidemment chirurgical et Warthin est le seul à signaler un décès causé par une péritonite généralisée.

2° *Tuberculose génitale et grossesse utérine*

Nous ne possédons aucune observation signalant l'apparition avérée de tuberculose génitale au cours de la grossesse. Il nous paraît probable que, dans certaines conditions encore mal déterminées, une tuberculose génitale peut éclater pendant une grossesse normale et à la faveur de la dépression physiologique qu'entraîne son développement.

Les faits viendront par la suite, nous l'espérons, apporter des documents suffisants pour permettre de préciser cette page de gynécologie.

Le premier chapitre nous montre, d'ailleurs, quelle peut être l'influence de la tuberculose génitale sur la grossesse et inversement.

CHAPITRE III

TUBERCULOSE GENITALE, ACCOUCHEMENT ET DELIVRANCE

Ce chapitre, particulièrement intéressant en raison du traumatisme génital considérable, réunit, dans notre travail, peu d'observations, parce que nous l'avons strictement limité du début de l'accouchement aux premières heures qui suivirent la délivrance.

Nous devons, ici encore, à M. Boquel (observ. XXXVII) une relation dont la rareté augmente l'intérêt. Il s'agissait d'une tumeur de nature tuberculeuse apparemment, empêchant l'engagement de la présentation. Nous regretterons, avec l'auteur, que l'examen histologique n'ait pu être pratiqué.

Kolher, de Vienne, prenant part à une discussion à propos d'une observation de péritonite généralisée au cours d'un accouchement, rapporte deux cas de péritonite intra-partum. Il n'a pu ni opérer à temps, ni sauver les malades. L'une de ces péritonites était de nature bacillaire.

Classerons-nous ici ce cas de M. Delmas, cité dans la discussion d'une communication de M. Valois (*Gynécologie*, Janvier 1924) : « Une malade, dès le lendemain de l'accouchement, est emportée par une bacillémie suraiguë, alors qu'elle n'était porteur que d'une simple induration du sommet gauche. » L'auteur fait toutes réserves au sujet de ce cas de clinique, observé en pratique privée sans vérification de laboratoire.

Dans les observations que nous citons plus loin à propos de la tuberculose placentaire et déciduale, il est remarquable de constater que l'observation clinique ne décèle, en général, rien d'autre qu'une tuberculose miliaire.

Les lésions annexielles ou utérines ne sont que présumées et l'autopsie ou l'opération seules viennent apporter la certitude.

Avant de passer à l'étude de la tuberculose placentaire, au point de vue histologique, il nous semble utile de rappeler ici les importants travaux publiés par Bar et son école, dans lesquels sont étudiées les modifications de l'organisme pendant la grossesse vis-à-vis de la tuberculose en général et aussi de la tuberculose ovulaire.

Lors de la quatorzième session de la Société Obstétricale de France, P. Bar, avec ses élèves, Daunay, Devraigne et Chirie ajouta un nouveau chapitre, à l'étude de la tuberculose et de la grossesse. Après avoir montré, par des statistiques, l'aggravation de la tuberculose pendant la grossesse, surtout pendant son dernier tiers et dans les jours qui suivent l'accou-

chement, il donna les résultats de ses recherches sur la réaction à la tuberculine.

Chez la femme saine, la réaction a son minimum de vivacité vers le troisième ou quatrième jour après l'accouchement et ne revient à la normale que vers le septième jour du post partum. Rapprochant ce fait expérimental de la constatation clinique résumée plus haut, il conclut que la quantité d'anticorps actifs atteint son minimum à la fin de la grossesse et immédiatement après l'accouchement. A cette première opinion de M. Bar, vient s'opposer le résultat des recherches de Calmette où il est dit : « Que l'on ne peut établir de corrélation étroite entre l'apparition des anticorps dans le sérum d'un sujet et l'aptitude de celui-ci à réagir à la tuberculine.

« En effet, les porteurs de lésions osseuses ou articulaires réagissent violemment à cette substance, tandis que la recherche des anticorps est presque constamment négative.

« Inversement on a pu, chez des animaux artificiellement infectés, voir apparaître les anticorps avant l'aptitude à réagir à la tuberculine. »

Nous ne pouvons donc conclure à une diminution des anticorps parce que la cuti-réaction devient négative, mais elle n'en garde pas moins toute sa valeur pronostique et lorsque sa vivacité diminue, il semble bien que l'on se trouve en face de désordres particulièrement graves ou que la défense organique est sur le point de sombrer.

De toutes façons d'ailleurs, et toujours d'après Calmette, les anticorps ne peuvent être regardés

comme les éléments essentiels de la défense anti-tuberculeuse et leur abondance ne révèle en aucune manière un état d'immunité ou de résistance à l'infection.

D'ailleurs, P. Bar a modifié son point de vue et, dans une conférence faite à la Faculté de Médecine de Madrid, le 14 avril 1921, il signale les résultats de son élève, Vaudescal, et le désaccord entre l'intra-dermo-réaction et l'épreuve de Bordet-Gengou. Nous reviendrons sur les conclusions de Bar et l'état d'anergie gravidique considéré comme facteur d'aggravation de la tuberculose.

Kaufmann arrive aux mêmes conclusions que Bar et constate que l'extension du processus tuberculeux est plus rapide encore dans le puerpérium faisant suite à un avortement.

Il est un autre facteur d'aggravation de la tuberculose chez la femme; c'est la tuberculose du placenta.

Elle n'était pas admise en France ou, du moins, la notion en était peu répandue. Les auteurs Allemands, et en particulier Schmorl et ses élèves, en ont donné d'excellentes études. Sur les indications de notre Maître, le Professeur Fruhinsholz, nous avons pu retrouver un important mémoire, publié par Lantz en 1915, où l'anatomie pathologique du placenta tuberculeux est longuement étudiée.

Quelle est la proportion de tuberculose placentaire chez les femmes tuberculeuses en général. Kervily et Chirie, élèves de Paul Bar, en ont trouvé 4 sur 12. Pour Novak et Ranzel, les bacilles tuberculeux sont faciles à trouver à l'aide de la méthode à l'antiformine.

Pour Bar, au contraire, l'inoculation et le traitement du placenta par l'antiformine sont des méthodes infidèles et la technique employée a été celle de Schmorl. Méthode essentiellement pénible, puisqu'aux dires de ce dernier auteur, c'est quelquefois à la la vingt-millième coupe seulement que furent trouvés des bacilles.

Les observations de tuberculose placentaire sont très rares et c'est seulement dans ce cas que le passage au travers du filtre placentaire est possible — ou bien encore, au cours de certaines maladies fébriles (variole, rougeole, scarlatine, typhoïde, paludisme, infection bacillémique).

Nié par Conhein, le passage transplacentaire a été réalisé expérimentalement par Landouzy, Hippolyte Martin, de Renze, Cavagnis, Caertner. De nombreux auteurs, par contre, ont échoué (Grancher, Von Leyden, Nocard, Baumgarten, Sanchez Toledo, etc.). Chez les Bovins, enfin, ce mode de contagion est plus fréquent et cela semble justement dû à ce que la tuberculose se localise souvent à l'utérus et aux ganglions pelviens.

Sitzenfrey dit que les foyers tuberculeux sont fréquents dans les lacs sanguins et sur la décidua basalis.

Pour Schmorl, les altérations tuberculeuses du placenta peuvent se résumer dans les quatre points suivants :

1° Des foyers tuberculeux à la surface des villosités, dans les lacs sanguins des amas de cellules rondes et des tubercules typiques;

2° Des tubercules primaires partant de l'intérieur des villosités grâce aux bacilles qui ont pu y pénétrer, à la suite d'altérations épithéliales;

3° Des infiltrations de cellules rondes dans la caduque basale se caséifiant rapidement et contenant de nombreux bacilles;

4 Des altérations tuberculeuses du chorion.

On a trouvé la tuberculose placentaire dans les tuberculoses miliaires banales et dans d'autres formes de tuberculose où aucun signe manifeste de tuberculose miliaire n'avait pu être mis en évidence (Weller).

Nous confondrons donc, pour la commodité de la classification, la tuberculose placentaire avec les altérations bacillaires des enveloppes ovulaires malgré que, les lésions déciduales soient plus fréquentes que celles du placenta proprement dit.

Runge a décrit le premier cas. L'œuf était du quatrième mois mais ne fut pas examiné. La mère était morte de tuberculose miliaire et les annexes étaient normales.

Schrumpf décrit deux cas d'endométrite déciduale.

Dans le premier : placenta au septième mois. La mère meurt de tuberculose pulmonaire chronique. Annexes normales. Le fœtus n'avait aucune lésion bacillaire, mais on trouve des bacilles dans le foie et le sang du cœur.

Second cas : placenta au septième mois, la mère meurt de tuberculose chronique des poumons, du larynx et de l'intestin.

On ne trouve aucune lésion chez le fœtus.

Jung a publié un cas de tuberculose de l'utérus gravide et du placenta. La mère mourut deux semaines et demie après l'accouchement, de tuberculose chronique de différents organes et d'encéphalite aiguë. Trompes tuberculeuses.

Sitzenfrey a examiné un cas de bacillose de la decidua vera sans lésion du placenta. A deux endroits, la decidua est transformée en de larges plaques caséeuses, épaisses de 4 millimètres au plus. L'autopsie de la mère nous apprend qu'elle avait une tuberculose chronique de différents organes ainsi qu'une péritonite tuberculeuse.

Enfin, Harbitz décrit un cas de tuberculose de la decidua basalis. A la surface du placenta, on trouve plusieurs petits foyers proéminents, au microscope, ces foyers se composaient de tissus tuberculeux, granuleux, typiques, avec tubercules caséeux et cellules rondes. La mère mourut 28 jours post abortum. L'autopsie montra une tuberculose miliaire avec tuberculose chronique des poumons et salpingite tuberculeuse. Ces dernières formes de tuberculose sont des tuberculoses chroniques de différents organes. Mais il se peut que, là aussi, l'infection se soit produite par voie hématogène. Cependant, dans plusieurs cas, il est possible que la trompe malade ait été la porte d'entrée de l'infection déciduale ou placentaire.

Krauss, dans son observation, pense que la tuberculose de la trompe est le point de départ de l'endométrite tuberculeuse de l'utérus gravide, malgré que la mère soit morte de tuberculose miliaire et

quoique l'infection de la cavité utérine ait dû se produire avant la conception.

Jung, ne peut dire s'il s'agit d'une infection par voie hématogène ou d'une infection descendante de la trompe.

Harbitz, dans son observation, tient pour plus vraisemblable une infection de l'endomêtre par les trompes malades, malgré que la mère mourut de tuberculose miliaire.

Dans le cas de Lantz (observ. XXXVIII), l'auteur admet l'hypothèse d'une infection par les trompes. « Il faudrait donc penser, dit-il, que les foyers caséeux de la decidua vera datent du temps de la conception. Ils paraissent être, d'ailleurs, une forme chronique de tuberculose. Il s'agit alors, dans ce cas, d'une endométrite tuberculeuse chronique d'origine salpingienne.

« L'observation de la malade confirme cette manière de voir :

« La patiente avait accouché, il y a huit mois, et fait une pleurésie pendant le post partum. Il est reconnu qu'une tuberculose tenace des trompes après l'expulsion de l'œuf peut infecter l'utérus par les secrétions de celles-ci. (Schellong, Davidsohn, Westenhoffer, Huhnermann, cités par Krauss). »

Pour Weil, l'extension du processus tuberculeux en général peut avoir comme cause, dans les cas de tuberculose génitale, le grand développement des vaisseaux utérins; Westenhoffer décrit, à l'appui de cette hypothèse, une endophlébite tuberculeuse diffuse de l'utérus gravide.

De toutes façons, quel est le mode d'action de la tuberculose placentaire?

Paul Bar, étudiant ce point comme cause seconde de l'aggravation de la tuberculose, semble se rallier à l'opinion déjà formulée, qui met en avant la contraction utérine. « Par le brassage incessant auquel les contractions utérines soumettent le placenta, surtout pendant la période qui précède l'accouchement, des décharges de bacilles peuvent continuellement se faire dans le sang, d'où tendance à la septicémie tuberculeuse. »

Ceci explique la conduite préconisée par certains auteurs. Bumm pratique l'intervention radicale et fait une hystérectomie, qui reste la solution la plus courante.

D'autre part, Bardeleben résume le résultat de ses observations dans les propositions suivantes :

« La tuberculose génitale résulte, en général, de tuberculose pulmonaire. D'un autre côté, les observations cliniques nous enseignent que le pronostic de la tuberculose pulmonaire s'aggrave essentiellement lorsqu'elle se complique de tuberculose génitale.

« Dans la grossesse, le placenta et l'insertion placentaire ont souvent une importance capitale vis-à-vis des différentes réactions, car :

« *a*) Ils forment le point d'élection pour la fixation des bacilles en circulation, lesquels, à tous moments et surtout au moment de la délivrance, peuvent être remis en mouvement;

« *b*) C'est pourquoi aussi, la gestation sera d'autant plus mal influencée que la tuberculose pulmonaire est en activité et inversement.

« Ceci est confirmé par les résultats des recherches anatomiques effectuées sur le placenta et des interventions thérapeutiques.

« *a*) Un avortement simple provoqué ne donne de bons résultats que lorsqu'on ne trouve pas de bacilles dans le placenta (Ind. n° 1 — Interruption de la grossesse, jusqu'au quatrième mois, dans le catarrhe simple du sommet) et les résultats sont insuffisants lorsqu'on trouve une tuberculose placentaire (Ind. n° 2 — Même lésion du sommet après le quatrième mois ou lésion pulmonaire plus étendue avant le quatrième mois) ;

« *b*) Les résultats seront presqu'aussi bons dans l'indication n° 2 que dans l'indication n° 1 lorsqu'on combine l'avortement avec l'excision de la plaie placentaire.

« Les complications puerpérales et post puerpérales locales signalées par certains auteurs, auraient pu être évitées par la technique ci-dessus proposée.

« L'ablation des ovaires jointe à l'avortement simple n'aggrave pas le pronostic, mais donne des résultats huit ou dix fois meilleurs.

« L'hytérectomie donne des résultats meilleurs dans le deuxième cas que l'avortement accompagné de l'excision de la plaie placentaire, mais entraîne quelques inconvénients. C'est pourquoi nous lui préférons cette dernière technique. »

En conséquence, il fallait s'efforcer de trouver une intervention capable de réduire assez la fonction utérine, mais non de la supprimer entièrement, afin d'éviter cet ensemble de manifestations douloureuses

secondaires; et cela conduisit l'auteur à l'excision du corps utérin consistant dans l'exérèse de la calotte fondale avec ablation la plus complète possible de la zone placentaire.

Enfin, d'après Lenenberger, dans l'espèce humaine, ce serait surtout pendant l'accouchement que s'effectuerait la contamination du nouveau-né, à la faveur des effractions que produisent, dans le placenta, les contractions utérines violentes. S'il existe de la bacillémie chez la mère, des bacilles peuvent passer directement du sang maternel dans les vaisseaux fœtaux déchirés. Il serait alors indiqué, observe Landouzy, de lier immédiatement le cordon chez les nouveaux-nés de mère phtisiques, afin d'éviter l'inoculation du fœtus avant la délivrance.

Nous verrons plus loin que, dans l'espèce bovine, ce mode de contagion est plus fréquent. Si cela peut tenir à la localisation pelvienne plus fréquente de la tuberculose chez ces animaux, il ne faut pas oublier que la disposition cotylédonnaire du placenta chez la vache est tout à fait différente de la structure placentaire chez la femme.

CHAPITRE IV

TUBERCULOSE GENITALE ET POST PARTUM

Nous avons vu, dans les chapitres précédents, les résultats lamentables des grossesses évoluant sur un terrain tuberculeux, tant au point de vue de la tuberculose génitale qu'au point de vue obstétrical pur. Une opération pratiquée au moment opportun peut seule améliorer le pronostic défavorable en venant retrancher de l'organisme le chancre qui l'infecte.

Parfois, la tuberculose génitale est une trouvaille d'autopsie ou d'opération. La grossesse, parfaitement normale, n'a rien laissé prévoir et le post partum seul se ressent du coup de fouet donné au processus bacillaire préexistant.

Chevrier et Delval (observ. XXXIX) ont trouvé, à l'autopsie d'une malade qu'ils venaient d'opérer d'urgense, un tuberculome énorme, remplissant toute la cavité utérine. Les annexes étaient tuberculeuses. La malade avait accouché, un mois avant, après une grossesse qui ne présenta pas d'anomalie.

Au début de ce travail, nous avons montré combien fréquente était la tuberculose génitale et combien souvent des annexites d'apparence banale étaient, en réalité, bacillaires.

Le diagnostic, même microscopique, n'est pas toujours facile et Von Franque nous apprend que, dans un cas il a dû faire 265 coupes avant de rencontrer des lésions tuberculeuses indubitables dans une trompe. Dans ses leçons, en 1889, Cornil signalait déjà la difficulté que l'on a à mettre en évidence des bacilles tuberculeux dans les cas de tuberculose utérine.

« Le Docteur E. Doyen, de Reims, dit-il, a été plus heureux ou plus persévérant dans la recherche des bacilles; il en a trouvé récemment à l'autopsie d'une jeune femme morte de fièvre puerpérale qui présentait aussi des tubercules de la muqueuse et du muscle utérin. »

Quoi d'étonnant que des lésions discrètes ne soient révélées qu'après le traumatisme exceptionnel que sont l'accouchement et la délivrance.

Dans les jours qui suivent l'accouchement, une parturiente fait de la fièvre et accuse des douleurs dans la région hypogastrique. Les lochies sont abondantes, blanches ou verdâtres, malodorantes. Parfois, on assiste à des hémorragies abondantes, le ventre se ballonne. Plus tard, et si les accidents n'ont pas forcé l'intervention ou amené une issue fatale, les époques sont irrégulières, douloureuses; bref, tout le tableau d'une infection génitale.

L'examen de ces organes fait percevoir une tumé-

faction douloureuse siégeant dans un des culs-de-sac. Si l'opération est pratiquée à ce moment, on enlève une trompe qui, à l'examen histologique, est étiquetée tuberculeuse.

Nous avons réuni treize observations qui nous montrent des tuberculoses annexielles se déclarant dans le cours du post partum.

Les accidents débutent dans les deux premiers mois qui suivent l'accouchement; certains sont très précoces : deux jours après l'accouchement. (Observ. LV et LVI).

Souvent les auteurs ne donnent pas de précision et se contentent de signaler que le début de la maladie remonte aux premiers jours du post partum.

Ces accidents peuvent amener une mort presque immédiate, (Galatia, observ. XL) ou plus tardive : moins de deux mois (Uhland, observ. XLI), six mois (Braye, observ. XLII).

Dans d'autres cas plus heureux, le chirurgien a pu améliorer sa malade.

M. le Professeur Vautrin (observ. XLIII), dans une relation très détaillée, nous montre une malade chez laquelle les accidents pourraient, à la rigueur, dater du troisième mois de la grossesse, et dont l'état s'aggrave brusquement au vingt-deuxième jour du post partum. L'évolution se fait ensuite de façon chronique et l'opération pénible tentée plus d'un an après l'accouchement amena un résultat satisfaisant.

Bouilly (observ. XLIV) et Kundrat (observ. XLV) font des hystérectomies totales.

Boursier (observ. XLVI) ne peut décoller les

adhérences très intimes qui unissent les anses intestinales et referme le ventre sans rien enlever.

Jaboulay et Rivière (observ. XLVII), Terrillon (observ. XLVIII) se contentent de castration unilatérale.

Bender (observ. XLIX), chez sa malade, n'eut à faire qu'une amputation du col. Il est évident que, dans ces trois dernières observations, le pronostic, quant à la fonction de reproduction, n'est pas complètement défavorable sans pouvoir, cependant, laisser à la malade de trop grands espoirs.

Nous citerons encore les observations de Cornil (observ. L), de Jayle (observ. LI) et de Simmonds (observ. LII).

Nous insistons sur ce fait que, malgré les lésions très étendues constatées opératoirement ou à l'autopsie, rien ne semble avoir fait prévoir la tuberculose génitale.

Dans le cas de Galatia, par exemple, la malade mourut de collapsus et à l'autopsie on trouva une tuberculose du péritoine, des annexes et de l'intestin. Tous les organes abdominaux étaient adhérents et ceci dix jours après l'accouchement. On s'étonne que de telles lésions n'aient eu aucun retentissement sur la grossesse.

Dans certain cas on trouve une prédominance des lésions péritonéales (Tedenat, observ. LIII, Ahlefelder, observ. LIV).

Nous avons eu l'occasion d'observer, à la Maternité de Nancy, un cas de pleuropéritonite du post partum débutant deux jours après l'accouchement. La réaction

de fixation du complément, pratiquée à ce moment avec un antigène Besredka, est venue confirmer les recherches de Vaudescal, puisqu'on eut fixation d'une unité seulement. (Observ. LV).

Le cas de Boquel est particulièrement net, puisque la fièvre se déclare deux jours après l'accouchement. L'affection se prolonge fort longtemps et, six mois après seulement, la malade consent à se faire opérer. (Observ. LVI).

Sans vouloir généraliser, on peut cependant penser que bien des affections post génitales pourraient ainsi passer inaperçues ou ne pas être rapportées à leur cause première.

Quel est le pronostic quo ad vitam lorsque l'infection tuberculeuse se borne à envahir les organes génitaux et le péritoine? D'après les observations que nous avons rassemblées, la malade semble n'avoir que deux alternatives : l'opération ou la mort. Nous ne trouvons que deux cas de survie : six mois (observ. LV) et 18 ans (observ. LI).

Le traitement chirurgical, lorsqu'il intervient à temps, amène une amélioration tout au moins immédiate.

Le diagnostic est très délicat et l'on différencie difficilement la tuberculose génitale d'une infection puerpérale banale.

Chez la malade de M. le Professeur Vautrin, qui avait été accouchée par le Docteur Maleterre, le diagnostic était resté un moment hésitant. C'était une primipare toujours bien portante, son mari, ancien gonococcique. L'accouchement fut normal; durant les

trois premières semaines, apyrexie. Température maxima : 37°4. L'enfant présente de la conjonctivite secondaire. Trois jours après le lever, la malade commence à faire de grandes oscillations thermiques avec rémission passagère et frissons.

On fait du vaccin de Delbet et un abcès de fixation.

M. le Professeur Fruhinsholz la voit six semaines après l'accouchement, soit trois semaines après l'apparition de la fièvre. Bon état général; utérus rétroversé; annexe droite grosse comme le pouce et douloureuse.

Le diagnostic, à ce moment, penche pour une blennorragie ascendante. Ultérieurement, le côté gauche se prend. Nous avons vu qu'il s'agissait, en fait, d'une tuberculose génitale. Rien ne prouve, d'ailleurs, qu'il n'y ait pas eu, au moins au début, une association : bacille de Koch-gonocoque à la faveur de laquelle la tuberculose se serait installée.

Le diagnostic est d'autant plus difficile que la cutiréaction est négative ou peu violente pendant les suites de couches.

Nous avons relaté de nombreux cas de Granulie dans la première partie de cette thèse. Merletti en mentionne seize cas dans le Puerpérium; dans cinq de ces cas, on trouva des foyers caséeux dans les trompes.

Cornil, Krauss (observ. LVII), Kubinyi (observ. LVIII), Runge en publient des cas après avortements de trois à cinq mois.

Harbitz, dont nous avons donné l'observation et Schellong (observ. LIX) en rapportent deux cas après accouchements normaux.

Dans un cas inédit, recueilli dans le service de M. le Professeur Demelin, à la Maternité de Paris, par M. le Professeur Agrégé L. Cornil, et dont nous avons pu étudier les pièces histologiques, une granulie généralisée avait éclaté au huitième jour, après un accouchement normal simulant une infection puerpérale. L'autopsie révéla l'existence, en dehors des granulations viscérales et péritonéales multiples, de granulations très marquées au niveau du péritoine utéro-ovarien. Le point de départ de la tuberculose, dans ce cas, paraissait être un petit foyer de la grosseur d'une noisette, situé au niveau de l'une des vertèbres dorsales. Dans ce cas particulier, la granulie étant généralisée, on ne peut attirer plus spécialement l'attention sur le foyer vertébral que sur le foyer génital.

Weill, en 1910, signalait déjà que la confusion est facile entre une tuberculose miliaire et une septicémie puerpérale. D'après lui, l'extension du processus peut avoir comme cause le grand développement des vaisseaux utérins.

La mort est évidemment la règle (de 28 jours à 3 mois après environ, dans les observations que nous rapportons).

La généralisation à différents organes a été signalée par Jung, chez une malade qui mourut d'encéphalite aiguë.

A propos d'extension aux méninges du processus tuberculeux, Decio (observ. LX) rapporte deux cas de tuberculose miliaire où, après des accouchements rapides et faciles, la première des parturientes mourut

le sixième jour, la seconde, le seizième jour après l'accouchement.

Nous devons ajouter que l'auteur croit que, dans cette généralisation motivée par les modifications de la circulation et de la respiration pendant l'accouchement, la cause prédisposante a son point de départ dans la décadence des moyens de défense de l'organisme, décadence qui, d'après les recherches actuelles, commence à la fin de la grossesse et dans les premiers jours de la puerpéralité. Il ne met donc pas en cause une tuberculose génitale, mais ces deux femmes étaient atteintes de tuberculose miliaire et rien ne prouve qu'à la fin de la grossesse, le placenta touché par le processus tuberculeux, n'ait pas mis en circulation, au moment de l'accouchement, des bacilles qui se seraient fixés au niveau des méninges.

La décadence des moyens de défense de l'organisme expliquerait volontiers l'éclosion d'une tuberculose dans le domaine génital chez le sujet déjà porteur d'une autre lésion bacillaire.

En effet, l'involution utérine, qui suit l'accouchement, met tout le tractus génital en état d'infériorité dans la lutte contre les infections. Une tuberculose génitale ancienne guérie cliniquement peut, dans ce domaine, prendre suffisamment de vitalité pour envahir l'utérus ou les annexes, s'installer et diffuser, même de là, dans tout l'organisme.

CHAPITRE V

PATHOLOGIE COMPAREE

La connaissance des lésions tuberculeuses animales n'a pas échappée aux Anciens lorsqu'elles prenaient un développement considérable, mais il semble bien qu'on ne les a rapportées à leur origine véritable qu'à la fin du XVII[e] siècle seulement.

Galien, Hippocrate, Collumelle ne semblent pas les avoir décrites. D'aucuns ont pensé que les prescriptions de la religion israélite étaient un ensemble de mesures prophylactiques contre la tuberculose, mais il est bien établi, maintenant, qu'elles ne correspondaient qu'à des pratiques rituelles.

C'est Keppler, en 1649 et Florini, en 1702, qui en font les premiers mention. L'étude s'en confond peu après avec celle de la tuberculose humaine et la liaison est établie par Dupuy, en 1817.

Les statistiques des abattoirs allemands donnent les proportions suivantes de tuberculose chez les animaux de boucherie :

Bovidés adultes : 23,65 %;
Porcs : 2,48 %;

Chèvres : 0,59 %;
Veaux : 0,37 %;
Chevaux : 0,19 %.

Les bovidés tiennent de beaucoup le premier rang et l'on pourrait presque dire que la tuberculose de ces animaux résume toute la tuberculose animale. Nous nous en tiendrons donc uniquement ici, à l'étude de la tuberculose bovine.

La tuberculose utérine provient, soit d'une infection par voie hématogène soit, le plus souvent, d'une infection par contiguité, la péritonite tuberculeuse se propageant aux trompes et à la matrice, ce qui est en opposition avec ce qui semble se passer dans la race humaine.

La tuberculose de l'utérus provoque les accidents propres à la métrite purulente chronique. Après un part normal on constate la persistance d'un écoulement muco-purulent blanchâtre; la fécondation n'est pas obtenue; la malade est nymphomane (Nocard).

Dans un tiers des cas, les trompes sont envahies et transformées en un cordon dur du diamètre du doigt environ.

La tuberculose ovarienne provoque souvent la nymphomanie.

Dans tout ceci, les auteurs sont à peu près d'accord, et ce que nous rapportons est bien l'opinion qui se dégage du livre de H. Vallée et L. Panisset.

Cependant, il est possible que l'une des cornes utérines seulement soit envahie par le bacille et M. Lesbre, nous communiquant les renseignements qui lui sont fournis par M. Basset, Professeur de Bacté-

riologie à l'Ecole vétérinaire de Lyon, nous dit que les lésions tuberculeuses de l'utérus peuvent évoluer en même temps qu'une gestation. Ceci est exceptionnel.

L'œuf se greffe dans la corne saine. L'évolution de la gestation dépend de l'étendue des lésions et on assiste, soit à un avortement, soit à une parturition normale.

Lesbre considère que la gestation, parallèlement à ce qui se passe chez la femme, est, chez la femelle, une cause favorisante de toutes les infections, de l'infection à bacille de Koch en particulier.

Le pronostic pour le fœtus dépend de l'évolution de la gestation (avortement ou part normal) et des lésions ovulaires ou générales.

En principe, il naît sain. Cependant, dans deux cas de tuberculose fœtale minutieusement étudiés chez la vache, par Kockel et Lungwitz (observ. LXI), l'infection procède de la muqueuse utérine farcie de foyers tuberculeux; elle gagne les cotylédons dans le voisinage des membranes. En ce point, les bacilles infiltrent et détruisent le placenta maternel pour atteindre les villosités fœtales envahies à leur tour. Les grosses cellules qui revêtent les villosités constituent, pour les bacilles, une barrière difficile à franchir. Mais chez les ruminants, le placenta maternel et le placenta fœtal sont unis par un tissu lâche, peu perméable, et le passage est rendu difficile; aussi, la tuberculose placentaire n'implique-t-elle nullement la tuberculose fœtale.

Cependant, il est de règle que, si l'on observe des lésions discrètes du placenta ou des lésions extrê-

mement étendues et évolutives des autres organes même éloignés (tuberculose miliaire), le petit naisse débile et succombe, en général, peu de temps après la naissance, si la gestation va jusqu'au terme.

Ceci semble être confirmé par une statistique de Klepp, Directeur de l'Abattoir de Kiel (1896), statistique portant sur des veaux âgés de un jour (tuberculose constatée une fois sur 140) et par une statistique de Cesari (1904), portant sur des veaux âgés de deux à trois mois, aux Abattoirs de La Villette : (tuberculose constatée une fois sur 2.000).

Si l'on admet que ces statistiques sont en tous points comparables, ceci reviendrait à dire que, sur 2.000 veaux, il en mourrait 14 à 15 environ de tuberculose, depuis leur naissance jusqu'à l'âge de trois mois.

D'ailleurs, l'intensité des lésions tuberculeuses du foie chez le veau prouve que, contrairement aux théories admises en bactériologie au sujet de l'hérédité, la tuberculose de cet annimal est presque toujours d'origine intra-utérine, exceptionnellement d'origine aérogène ou alimentaire. Le pourcentage de tuberculose des différents organes chez les veaux abattus en 1922 à l'Abattoir municipal de la Ville de Luxembourg, a été le suivant :

Veaux abattus : 8.505.

Organes tuberculeux :

Poumons : 43 = 0,505 %;
Foies : 32 = 0,37 %;
Rates : 17 = 0,19 %;
Intestins : 2 = 0,02 %.

La tuberculose du foie est presque aussi fréquente que la tuberculose pulmonaire; la tuberculose de la rate occupe un pourcentage si élevé par rapport aux autres organes, qu'on ne peut pas envisager une bacillémie propre survenue après la naissance, par l'irruption, dans la grande circulation, de tubercules pulmonaires ou hépatiques d'origine respiratoire ou alimentaire, mais une bacillémie maternelle, la vache pleine, ayant subi une poussée tuberculeuse par voie sanguine.

Les lésions tuberculeuses de nos veaux de boucherie abattus à l'âge de trois à six semaines, ont acquis tous les caractères du tubercule adulte — infiltration radiaire par les sels calcaires, disparition des éléments histologiques du tubercule — de sorte qu'il ne saurait être question de mettre en doute, dans la pratique de l'abattoir, l'origine intra-utérine de l'affection.

Si, dès la naissance, le veau est infecté par une mère atteinte de mammite tuberculeuse, les lésions n'ont pas le temps d'évoluer, au bout de trois à six semaines, sous forme de tubercules subissant ou ayant subi l'infiltration calcaire.

M. Spartz a eu l'occasion d'observer personnellement, en 1911, un cas de tuberculose congénitale chez une vache pleine portant un fœtus de 7 mois, chez lequel il trouva les lésions caractéristiques de la tuberculose du veau qui viennent d'être rappelées ci-dessus.

L'auteur se déclare d'ailleurs partisan de l'hérédité tuberculeuse dans certaines formes de ces infections spécifiques.

La transmission, par voie placentaire, de la tuberculose, a été observée et prouvée expérimentalement chez les bovidés, mais comme l'a démontré Nocard, elle est liée à des lésions utérines. La première observation probante de tuberculose congénitale chez le veau est de Johne (1885) ; la notion fut confirmée, par la suite, par Csokor, Bang, Misselwitz, Mac Fadyean, Thime, et, plus récemment, par les observations de Schroeder, Reimers, Messner et Zincke.

Ravenel et Bucher ont cependant publié deux cas de tuberculose congénitale dans lesquels il a été impossible de trouver des altérations des organes génitaux. Il est très vraisemblable que, dans ces cas, des lésions du chorion, suffisantes pour permettre la pénétration des microbes, aient pu échapper à l'examen histologique.

Enfin, dans un des cas publiés par Kockel et Lungewitz, le liquide amniotique renfermait des bacilles.

Klepp admet que les microbes pénètrent de là dans les voies digestives du fœtus avec le liquide bacillifère de l'amnios et que l'on constate une tuberculose par ingestion.

Nous n'insisterons pas sur les caractères biologiques qui différencient le bacille humain et le bacille bovin. Les lésions particulières qu'il cause sont de tous points comparables et Calmette semble croire qu'une lente adaptation réalisée à travers les âges a créé peu à peu des races de bacilles tuberculeux dont la spécificité est plus ou moins étroite vis-à-vis de chaque espèce animale.

CONCLUSIONS

Les observations cliniques nous permettent de résumer ce travail dans les propositions suivantes :

1° La tuberculose génitale permet, en principe, la fécondation;

2° Si la tuberculose génitale a été guérie ou opérée, une grossesse survenant est sans complication;

3° Au contraire, la grossesse elle-même peut être considérée comme une complication sérieuse lorsque la tuberculose génitale n'est pas guérie. Celle-ci peut rester latente ou donner lieu à des accidents au cours du post partum.

Dans ce cas, une intervention chirurgicale tentée au moment d'élection, peut avoir des suites satisfaisantes.

4° La grossesse peut être interrompue par une tuberculose génitale concommittante;

5° L'extension du processus tuberculeux a lieu de préférence au moment de l'accouchement et dans les premiers jours du post partum;

6° Enfin, une tuberculose génitale peut ne se révéler que pendant le post partum, alors qu'antérieurement les organes génitaux paraissaient être cliniquement sains, et en imposer alors pour certaines formes d'infection banale ou gonoccocique.

DEUXIÈME PARTIE

CONSIDÉRATIONS PATHOGÉNIQUES

En abordant ce chapitre, nous ne nous dissimulons pas que l'ensemble des faits recueillis n'apporte pas de renseignements définitifs suffisamment probants pour étayer avec certitude la pathogénie.

Cependant, en attendant ceux qui viendront ultérieurement infirmer ou confirmer nos hypothèses, nous condenserons dans ce chapitre les points qui nous paraissent ressortir, tant de nos constatations personnelles que de nos recherches bibliographiques.

1° La tuberculose génitale est encore, plus souvent qu'on ne le croit, en rapport avec la puerpéralité. On la trouvera en la cherchant systématiquement avec documentation anatomo-pathologique à l'appui;

2° Certaines tuberculoses aiguës de la grossesse pourraient être le résultat de la corrosion exercée par l'œuf sur une muqueuse malade;

3° Certaines tuberculoses aiguës du post partum évoluent comme si l'acte de la parturition avait ouvert un foyer tuberculeux génital.

Cependant, ces deux derniers points n'expliquent pas tout et, en dehors de l'interprétation mécanique en quelque sorte, que nous venons de proposer, on

peut se demander si tous ces faits n'obéiraient pas à des conditions plus générales subordonnées à cette notion d'allergie qui domine l'étude actuelle de la tuberculose.

De l'ensemble des travaux publiés, on retire cette notion que la puerpéralité est capable de créer un état de moindre résistance vis-à-vis de l'infection bacillaire, non seulement par l'affaiblissement dû au surcroît de travail physiologique imposé à l'organisme maternel, mais nous devons encore ajouter qu'elle agit aussi en modifiant tous les moyens de défense tant humoraux qu'anatomiques. (Tissu conjonctif et tissu réticulo-endothélial).

Le problème de l'immunité et de la sensibilisation locale ne joue-t-il pas un rôle plus grand qu'on ne l'a cru jusqu'alors dans l'apparition ou l'aggravation de la tuberculose génitale ou bien, en sens inverse, dans la résistance à son extension au cours de la gestation.

Il apparaîtrait ainsi :

1° Que l'état d'anergie à la tuberculose, si bien décrit au cours ou au décours de certaines maladies infectieuses générales, pourrait être provoqué par le développement de la grossesse et plus spécialement au niveau de l'arbre génital antérieurement atteint par le processus tuberculeux anatomique resté souvent torpide et cliniquement insoupçonné;

2° Et que le développement d'une grossesse, en diminuant les conditions de défense locale du tractus génital, favoriserait, chez les tuberculeux torpides,

dont le chancre de primo inoculation ancien peut même être très éloigné de ces organes, la localisation à leur niveau d'une manifestation tuberculeuse.

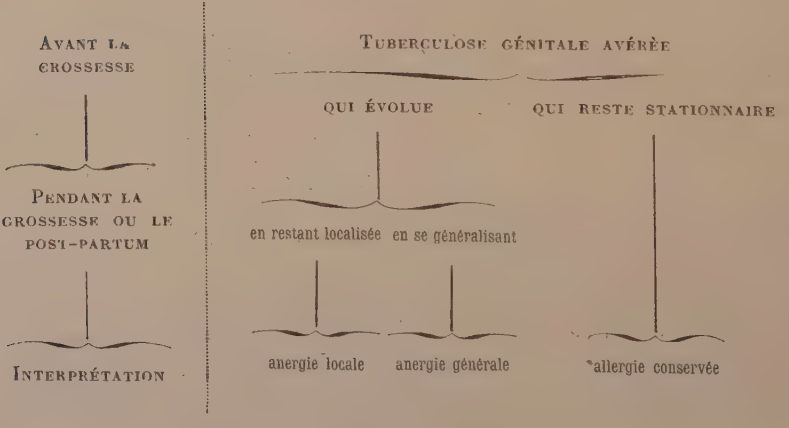
Sous une forme nouvelle, nous retrouvons la notion de terrain chère à Landouzy, considérée comme fondamentale par Sergent; et cet état anergique réalisé par l'effondrement de la résistance allergique peut être envisagée comme l'interruption passagère ou définitive de l'état d'immunité vaccinale conféré par la première infection. Les variations de l'allergie commandent donc le développement ou l'arrêt des manifestations secondaires de la tuberculose.

Anergie générale ou anergie locale d'une part.

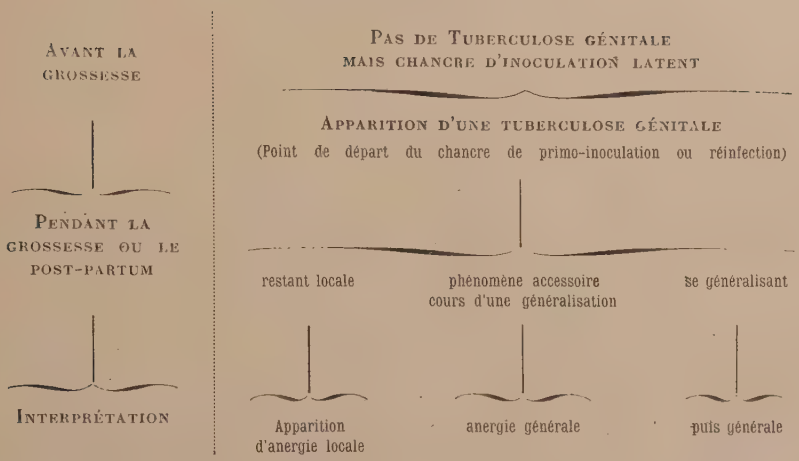
Allergie d'autre part.

Sans vouloir condenser en quelques mots, la pathogénie de semblables accidents, qu'il nous soit permis de mettre en évidence, dans un tableau, ce mode d'interprétation qui aurait du moins le mérite d'être simple.

PREMIER CAS



DEUXIEME CAS



Ces mots explicatifs seraient-ils bien à leur place que nous n'aurions pas encore pénétré la pathogénie. Tel nous parait être, cependant, le mécanisme que l'on peut invoquer pour expliquer l'apparition ou l'accentuation d'une tuberculose génitale au cours de la puerpéralité.

Nous ne dissimulons pas qu'il n'y a là qu'une hypothèse de travail basée sur les travaux récents. Nous espérons que les faits publiés ultérieurement viendront la confirmer.

Vu :

Nancy, le 11 Juillet 1924.

Le Président de la thèse,

FRUHINSHOLZ.

Vu :

Nancy, le 12 Juillet 1924.

Le Doyen,

L. SPILLMANN.

Vu et Permis d'Imprimer :

Nancy, le 16 Juillet 1924.

Le Recteur de l'Académie,

Ch. ADAM.

Membre de l'Institut.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(*Thèse* Olivier)

Mme R... En 1902, un chirurgien diagnostique une tuberculose annexielle.

Revue en 1908. Règles irrégulières. Pertes blanches. Stérilité. Tuberculose pulmonaire et ganglionnaire. On institue un traitement médical. Vie au grand air et suralimentation. Repos.

1911. La malade va bien. On sent encore une petite nodosité à droite et un léger empâtement à gauche.

20 novembre. Enceinte de 1 mois et demi.

25 novembre 1911. Fausse couche.

OBSERVATION II

(Hamm, *Bulletins de la Société d'Obst. et de Gyn.*, Mai 1923)

J'avais traité une femme, stérile après plusieurs années de mariage, pour tuberculose génitale (annexe droite et Douglas) par la radiothérapie. Amélioration surprenante et grossesse ultérieure, n'ayant laissé aucune trace de tuberculose. Poumons intacts, sauf ancienne pleurésie. La femme a allaité son enfant pendant quelques mois et va bien.

OBSERVATION III

(Boquel, *Inédite*)

Mme V..., 27 ans, femme de médecin; soignée pour tuberculose génitale (?), à 24 ans (1919-1920), dans un sanatorium : pointes de feu, héliothérapie, etc.; sommet gauche suspect.

Grossesse débutant fin 1922, évolution parfaite, augmentation de poids, bon état général, à la fin un peu d'œdème des jambes sans altérations urinaires. Accouchement à terme spontané à ma clinique sans incidents. (Travail 10 heures; enfant 3 kg. 810.).

Suites de couches: le lendemain de l'accouchement 38°9 et pendant 4 jours, température aux environs de 40°, pouls 120 (température axillaire).

Sans autres symptômes que transpiration abondante.

Chute de la température progressive et retour à la normale du septième au onzième jour; depuis absolument bien à tous égards au point que malgré mon conseil elle nourrit son enfant. Celui-ci a eu de la température dans les jours qui ont suivis l'accouchement, ensuite l'état général très bon comme celui de la mère.

OBSERVATION IV

(Boquel, *Inédite*)

Mme N..., 25 ans, soignée par moi-même pour tuberculose péritonéale avec lésions annexielles bilatérales perceptibles au toucher sans lésions pulmonaires appréciables.

Traitée par l'héliothérapie et applications salées chaudes. Evolution progressive vers la guérison en 2 ans environ, paraissant guérie au double point de vue local et général, à la fin de 1921.

Début de grossesse en juillet 1922. Evolution normale, accouchement normal, suites de couches normales, d'après les renseignements qui m'ont été donnés.

J'ai eu récemment des nouvelles très bonnes de la malade, mais je ne l'ai pas revue.

OBSERVATION V

(Viala, *Inédite*)

Malade âgée de 31 ans. Ses parents sont bien portants, un frère est mort de tuberculose pulmonaire.

Elle a eu les maladies de l'enfance, et est restée toujours frêle et délicate. Réglée régulièrement. A été soignée avant son mariage pour annexite bacillaire par plusieurs médecins qui

auraient d'abord conseillé de ne pas marier cette jeune fille, mais qui, devant l'amélioration, ont permis le mariage.

Mariée en juillet 1922. Dernières règles en septembre 1922. Grossesse parfaite. La malade pesait 50 kilogs et en pèse actuellement 63. Accouchement normal.

Suites simples.

Actuellement : annexite légère des deux côtés.

OBSERVATION VI

(*Thèse* Olivier)

P. G..., 28 ans. Opérée le 7 janvier 1905. Ablation des annexes droites. Lésions de l'intestin réparées soigneusement. Mickulicz. Drain abdomino-vaginal.

22 novembre 1911. La malade s'est remise très lentement de son opération. Les règles sont régulières. Les pertes blanches assez abondantes.

7 avril 1909. Accouchement d'une fille. La grossesse fut normale, à part une menace d'avortement au cinquième mois.

Actuellement aucun signe de récidive locale ou de généralisation. Santé excellente. Survie de 7 ans.

OBSERVATION VII

(Professeur Fruhinsholz, *Inédite*)

Mme X..., 41 ans, réglée à 12 ans, d'abord régulièrement, puis irrégulièrement avec une interruption de deux ans, vers la seizième année. Mariée à vingt ans. Premier enfant à 21 ans. Psychose puerpérale passagère consécutive, après quoi, les règles restent espacées ne revenant que toutes les six semaines. A deux reprises, la seconde fois vers l'âge de 29 ans, la malade présente des interruptions de règles de neuf mois chaque fois, lui donnant à deux reprises l'illusion qu'elle est enceinte et suivie chaque fois d'un état de neurasthénie, très accusé, avec tendance à l'embompoint. A la suite de ces incidents, la malade garde des règles espacées et douloureuses, un ventre endolori par la moindre fatigue. A ce moment, l'utérus est gros, instable, la trompe droite est épaisse, douloureuse au palper bimanuel. Il y a encore

à différentes reprises des interruptions de règles de plusieurs mois.

En avril 1914, la malade est opérée à l'âge de 35 ans par le Docteur Desjardins, qui trouve une salpingite droite, des lésions bacillaires sur l'ovaire droit, une rétroversion utérine, de l'appendicite et des lésions tuberculeuses discrètes sur l'ovaire gauche. (Com. écrite du Docteur Desjardins). Le Docteur Desjardins fait une castration droite, une appendisectomie, une ligamentopexie à la Doléris, de l'ignipuncture sur l'ovaire gauche. Dès lors, les règles réapparaissent régulièrement et la malade ne souffre plus du ventre. Sitôt la guerre terminée, cette personne qui n'avait plus été fécondée depuis vingt ans redevient apte : elle commence à faire coup sur coup et sans incident deux avortements, l'un de trois mois, en mars 1919, un autre de deux mois, en juin 1919.

Dès octobre 1919, elle recommence une quatrième grossesse légèrement incidentée par un écoulement sanguin en novembre et un autre en février 1920. La grossesse évolue normalement avec un bon état général et local, marqué seulement par quelques crises d'entérite. Le 1er juillet 1920 accouche normalement en quatre heures d'un garçon de 3.250 grammes. Délivrance normale. Suites normales. Elle allaite partiellement et passagèrement. Elle se rétablit intégralement. L'enfant va bien.

OBSERVATION VIII

(Macnaugton-Jones, *Royal Soc. of Médecine,* 1908)

Il y a six ans et demi, une femme fut opérée de pyosalpinx tuberculeux unilatéral et primitif. Depuis, elle a mené à bien 4 grossesses dont une gémellaire. Récemment, à l'occasion d'une coeliotomie pour paramétrite post-partum, on pût constater l'absence de tout signe de tuberculose. La santé générale est excellente, ainsi que celle de ses enfants.

OBSERVATION IX

Tedenat. — *Fibrome de l'ovaire avec tuberculose. Probabilité de fausse couche*

(*Thèse* Larnaudie, Montpellier, 1890-91)

Mme X..., du Vigan, entrée le 20 décembre 1890, est âgée de 26 ans, de constitution faible, sans antécédents pathologiques bien nets. Endocardite légère. Premier accouchement, il y a sept

ans. Deux ans après, fausse couche. Les règles reviennent normales. Pour la première fois, en juin, elle éprouve de légères douleurs abdominales. Au mois de septembre 1890, les règles se suppriment; les médecins qui la soignent pensent à un commencement de grossesse, ce qui était inexact. En octobre, les règles reparaissent sous forme de ménorragies abondantes. Douleurs abdominales, légères pousées de péritonite. Leucorrhée. On constate la présence d'une tumeur faisant corps avec l'utérus.

Laparotomie: Liquide ascitique. On trouve une tumeur recouverte de granulations tuberculeuses. On referme, après avoir extrait la tumeur. M. Tedenat a revu la malade en novembre 1909, soit dix-neuf ans après. Elle a eu deux grossesses normales et un avortement. Santé excellente.

OBSERVATION X

(M. Muret, *Inédite*)

Un cas de tuberculose de la muqueuse utérine diagnostiquée par l'examen histologique des produits de curetage. Grossesse normale. Accouchement spontané par une sage-femme peu sûre. Rétention de parcelles placentaires. Paramétrite, pyélonéphrite. Guérison.

OBSERVATION XI

(Delassus, *Bulletin de la Société obst. de Lille*)

Observation de péritonite bacillaire cliniquement parlant (vastes placards épiploïques, granulations disséminées sur tout le péritoine).

Laparotomie : Evacuation du liquide et simple fermeture du ventre.

Guérison et grossesse à terme, deux ans plus tard.

OBSERVATION XII

Heully. — *Salpingectomie gauche; résection partielle de l'ovaire et de la trompe droite; grossesse consécutive*

(*Soc. d'Obstétrique et de Gyn. de Nancy*, 1924)

Mademoiselle D..., 19 ans, expéditionnaire à la Compagnie de l'Est, vient me consulter en mars 1921. Elle souffre du bas-ventre

depuis de long mois, a des pertes vaginales très abondantes de couleur jaune verdâtre; les règles sont pénibles. A la fin de ses époques, la malade éprouve des coliques très douloureuses après lesquelles elle perd un liquide malodorant qui laisse sur le linge du pus et du sang.

Le toucher rectal révèle une trompe gauche grosse et douloureuse.

La malade est jeune fille et doit se marier prochainement. D'accord avec sa famille, je tente un traitement médical par le drainage utérin qui semble d'abord amener un grand soulagement; le volume de la trompe gauche diminue, les règles se produisent presque sans douleur et sans perte de mauvais aspect. Le traitement est conduit jusqu'au début de mai. A ce moment, la malade ne souffre plus, ni la marche ni la bicyclette ne réveillent les douleurs, les règles sont faciles, l'état général se remonte. Le mieux continue jusqu'en juillet.

Alors, les douleurs reparaissent, la trompe redevient grosse et sensible, les pertes jaunâtres sont abondantes; des ovules ne donnent pas de mieux.

En septembre, l'ovaire droit, jusque là indemne, devient lui aussi douloureux à la palpation et grossit. La malade maigrit. En présence de cette lésion qui menace de devenir bilatérale, je propose une opération conservatrice, cette jeune fille ne voulant se marier que si elle peut devenir mère.

21 septembre, intervention avec l'aide du docteur Chabeaux.

Incision de Pfannenstiel. Enlèvement de la trompe et de l'ovaire gauche en totalité. Il y a un abcès froid tubaire contenant deux cuillerées à soupe de pus environ. Résection de l'ovaire droit, supprimant moitié de l'ovaire et une partie du pavillon de la trompe qui lui adhère. La portion restante de la trompe est suturée sur la tranche de l'ovaire, de manière à l'encapuchonner. Un minuscule kyste du parovaire, gros comme un pois, à contenu transparent, est enlevé en même temps. La moitié interne de l'ovaire, enlevée par résection, contient un petit abcès froid, comme un noyau de cerise. Suites opératoires très simples; le 11 octobre, l'opérée rentre chez elle; fin octobre, les règles reparaissent.

Une amélioration considérable s'ensuit, les pertes ont cessé, les douleurs ont disparu, le poids a augmenté de trois kilogs. Le mieux est durable et, en 1922, la jeune fille se marie. Une grossesse survient qui se termine en mai 1923 par la naissance à terme d'un vigoureux garçon. Aucun incident pendant la grossesse ni pendant l'accouchement.

J'ai revu récemment cette dame qui ne souffre pas et chez laquelle l'examen ne révèle rien d'anormal.

OBSERVATION XIII

HARTMANN-KEPPEL. — *L'annexite tuberculeuse à forme métrorragique*

(*Revue de Gynécologie et d'Obstétrique*, Octobre 1923)

Mme Marie M..., âgée de 28 ans (père et mère vivants et en bonne santé), a été réglée à 10 ans. Elle a toujours eu des pertes blanches plus ou moins abondantes, aussi bien avant qu'après son mariage.

A l'âge de 16 ans et demi, elle est atteinte d'une pleurésie, avec épanchement séro fibrineux ponctionné mais non évacué, et qui, après avoir traîné 5 mois, finit par guérir.

Mariée à 23 ans, elle n'a jamais eu d'enfant. L'état général est bon en apparence, mais elle est rapidement lasse. Elle a eu, depuis son mariage, 17 fausses couches, de la troisième à la septième semaine.

Le Wassermann, fait à Vienne, à deux ans d'intervalle, et la dernière fois, il y a deux mois, est toujours resté négatif.

Depuis 4 ans, ses règles sont devenues plus abondantes. Elle s'est mise à perdre d'abord, 4, 5, puis 7 jours du sang rouge et des caillots de 4 à 6 centimètres.

La malade tousse sans lésions pulmonaires nettes et, sur son insistance, on lui fait une laparotomie, le 23 octobre 1919.

Dans le petit bassin, des adhérences molles unissent l'intestin et la vessie aux organes génitaux. Elles se laissent facilement dilacérer, mais saignent remarquablement. Pas de liquide dans le Douglas. L'utérus est de volume normal et son paramètre libre. Les ovaires sont à droite et scléreux, naviformes et sans kystes; à gauche, ils sont normaux.

La trompe gauche apparaît souple, régulière et sans lésion visible quand on l'a libérée de ses adhérences.

La trompe droite est à peine augmentée de volume, mais est fortement congestionnée et encapuchonnée d'adhérences.

Elle porte un nodule qui siège à l'isthme et n'a pas dépassé le péritoine. Ce noyau est en voie de ramollissement.

On pratique, sans incident, l'ablation de la trompe et de l'ovaire droit et de parti pris, on ne touche pas à l'utérus.

A la coupe, on recueille la valeur d'un pois de matière caséeuse. L'examen histologique y découvre un très grand nombre de cellules géantes avec quelques bacilles tuberculeux.

L'inoculation d'un fragment du nodule au cobaye, dans la région inguinale, est positive et donne, en neuf semaines, une adénopathie tuberculeuse typique évoluant vers la suppuration et riche en bacilles tuberculeux.

Il s'agit donc d'une salpingite tuberculeuse unilatérale très localisée et qui a provoqué des métrorragies de la même façon que la tuberculose pulmonaire fait des hémoptysies.

D'ailleurs, les suites opératoires ont été aussi normales qu'on pouvait le souhaiter. Aucun pansement ne fut appliqué sur la plaie abdominale. Les fils furent enlevés sans incident, au cinquième jour et au huitième.

Non seulement l'opérée, revue 5 mois après, a augmenté de poids et jouit d'une excellente santé, mais, dès après l'opération, les ménorragies ont disparues.

Les menstruations ont repris leur régularité. Les règles apparaissent tous les 26 jours et durent 2 jours et demi. Elles contiennent encore des caillots et obligent la malade à un jour de repos.

L'exérèse de la trompe malade, associée au traitement général a eu raison de tous les désordres généraux.

OBSERVATION XIV

(Von Franque, *Congrès de Rome*, 1902)

L'auteur rapporte le cas d'une femme enceinte de quatre mois qui entre à la clinique avec état subfébrile (38°). Météorisme, albuminerie, rénitence, rétro-utérine qu'on attribue à des adhérences. On pense à une péritonite bacillaire. A ce moment intervient un avortement spontané qu'on est obligé de terminer par curettage pour hémorragie.

Deux jours après, température 39° et dès lors fièvre intermittente prolongée rebelle à tous les traitements locaux employés. On hésite sur le diagnostic tout en penchant pour la tuberculose. Etat général relativement bon.

Mort au bout de 7 semaines.

A l'autopsie, nombreuses adhérences utéro-intestino-pariétales. Cavité utérine tapissée d'une couche caséeuse de plusieurs millimètres d'épaisseur. On distingue encore des nodules tuberculeux isolés dans la muqueuse cervicale.

OBSERVATION XV

(Breus, *Wiener Med. Wochenschrift*, 1877)

Pratiqua l'autopsie d'une femme de 34 ans, morte de tuberculose méningée et ayant huit mois auparavant, lors de sa seconde grossesse, fait une fausse couche de 5 mois. Il trouve dans la trompe droite un foyer caséeux, et l'utérus très augmenté de volume présentait une muqueuse œdémateuse et infiltrée de tubercules. La couche musculaire de l'utérus était pâle et couverte de tubercules miliaires.

OBSERVATION XVI

Tedenat. — *Salpingite et ovarite bacillaire; péritonite bacillaire consécutive*

(*Thèse* de Caseneuve, 1901)

B... E..., 29 ans, ménagère, entre le 14 janvier 1901, pour douleurs du ventre.

Début, il y a dix mois, par des douleurs de reins et du ventre, sourdes et continuelles, surtout dans les mouvements et la marche. N'a pas cessé d'être bien réglée, sauf il y a six mois : aménorrhée de deux mois, suivie d'une forte perte avec caillots (fausse couche probable). Pertes blanches légères avant la maladie; plus abondantes depuis le début.

OBSERVATION XVII

(W. E. Studdiford, *Am. J. of Obst*, Sept. 1903)

36 ans. Trois fausses couches, la dernière il y a quatre mois. Règles normales jusqu'à cette époque, depuis augmentation de leur durée; 10 jours à deux semaines d'intervalle, avec vives douleurs. A son entrée, pouls à 80 et 37° de température. Utérus élargi. Petits nodules fibreux sur sa paroi extérieure et sur le fond. Ovaire droit prolabé et adhérent. Ovaire gauche kystique du volume d'un œuf.

Opération : Péritoine couvert de granulations miliaires, un peu de liquide. L'examen montre la présence de tuberculose sur les deux trompes.

OBSERVATION XVIII

H. L. Celler. — *Tuberculose de l'ovaire, péritonite tuberculeuse, mort par perforation de l'intestin*

(*American Jour. of Obst.*, Octobre 1904)

Mme K..., 34 ans. Mari mort tuberculeux. Réglée à 17 ans, toujours régulièrement, sans douleurs. 4 enfants, un avortement. Chaque fois, suites de couches pénibles et fébriles. Actuellement se plaint de douleurs abdominales, de diarrhée et de dysurie. Tuberculose des sommets. Cul-de-sac postérieur du vagin soulevé par une masse en partie kystique, s'étendant à trois travers de doigt au-dessous.

A gauche de l'utérus, contre la paroi de l'excavation et en remontant au-dessus de l'arcade crurale, on sent une masse pâteuse, douloureuse à la pression, mal limitée. Une ponction dans le cul-de-sac postérieur donne issue à un liquide séreux et clair. 5 mois après, la malade rentra à l'hôpital et mourut cachectique.

Autopsie: Péritonite par perforation de l'intestin, à la suite d'ulcération tuberculeuse. Tuberculose pulmonaire.

Adhérences solides autour des annexes droites. La trompe contient un peu de mucus. La muqueuse est épaissie et jaunâtre. Dans la trompe gauche, il y a du pus épais. L'ovaire est gros comme un œuf de poule et contient de petits abcès, quelques-uns comme des noisettes. Les plus gros ont perforé la surface de l'ovaire. Le pus de ces abcès contient diverses bactéries et du bacille de Koch.

Histologiquement, l'ovaire gauche a son tissu normal complètement disparu et remplacé par du tissu tuberculeux avec tubercules innombrables, infiltration embryonnaire, zone de dégénérescence caséeuse. La muqueuse de la trompe gauche est entièrement détruite; la paroi montre une structure identique à celle de l'ovaire. Bacilles de Koch innombrables. Ovaire normal à droite. La muqueuse de la trompe droite contient des tubercules miliaires avec cellules géantes. Le mode d'invasion des organes génitaux est probablement sanguin; toutefois, l'état de

chronicité des lésions pulmonaires, le fait que les symptômes sont apparus peu après le dernier accouchement, oblige à ne pas rejeter absolument l'hypothèse d'une infection ascendante.

OBSERVATION XIX

(Albertin et Tavernier, *Lyon Médical*, 1905)

Femme de 24 ans, sans antécédents héréditaires. Réglée à 12 ans, régulièrement. Deux enfants vivants séparés par deux fausses couches. Depuis sa première fausse couche, il y a trois ans, douleurs du ventre et pertes blanches. Dernière grossesse très pénible; douleurs abdominales vives. Faciès pâle; ne tousse pas, rien à l'auscultation des sommets. Douleurs dans les fosses iliaques, avec irradiations lombaires constantes depuis trois ans, sans avoir jamais présenté d'épisodes aigus. Pas de fièvre. Au toucher : utérus repoussé en avant par une tumeur grosse comme le poing, un peu bosselée, extrêmement dure, fixée dans le Douglas, modérément douloureuse à la pression, elle paraît constituée par la trompe gauche prolabée. Annexes droites en position normale, peu volumineuses, mais assez douloureuses.

Laparatomie : Le fond utérin est relié à la paroi abdominale antérieure par deux adhérences zymotiques; au niveau de leur insertion sur les cornes utérines, elles présentent un petit nodule dur qui montre à la coupe l'aspect net d'un tubercule en voie de caséification. La trompe gauche est prolabée et se termine dans le Douglas par une masse très dure adhérente à la fois au rectum et au plancher pelvien. On enlève l'utérus, les deux trompes et l'ovaire gauche.

OBSERVATION XX

Bouilly et Leuret. — *Annexite tuberculeuse et pelvi-péritonite adhésive*

(*In thèse* Chaufton, Paris, 1905)

P..., 29 ans. Entrée le 28 mai 1877. Pavillon Velpeau, lit 3.

Pas d'antécédents héréditaires bien nets. A 17 ans, réglée sans douleur, les règles reviennent toutes les trois semaines. A 26 ans, première grossesse. A 26 ans, deuxième grossesse, la malade perd en blanc, fait une pelvi-péritonite.

A 27 ans, fausse couche de trois mois à la suite de laquelle elle souffre au moment des règles.

Depuis janvier 1877, à chacune de ses époques, crises violentes prises au début pour des crises néphrétiques.

OBSERVATION XXI

HEIDENTHALER

Malade de 27 ans, ayant eu trois enfants, dont l'un mort de tuberculose intestinale. Deux mois après une fausse couche, pertes sanguines, puis pertes purulentes et fétides. Après examen, on fait le diagnostic de tuberculose de la trompe gauche, du corps et du col utérin, ainsi que du poumon, diagnostic qui fut confirmé à l'autopsie: toute la muqueuse utérine était envahie de nodules caséeux. Pour l'auteur, la trompe a été le foyer primitif d'où s'est disséminée la tuberculose après la fausse couche.

OBSERVATION XXII

(THIERCELIN, *In Thèse Gorowitz*)

Il s'agit d'une femme de 24 ans, arrivée dans le service de M. le Professeur Cornil, le 12 février 1889. Pas d'antécédents tuberculeux. Réglée à 13 ans, bien portante jusqu'au mois d'octobre 1888, où elle fit une fausse couche de 4 mois; à ce moment, métrorragie abondante avec fièvre, douleurs dans le bas-ventre; puis légère amélioration, mais 15 jours après la sortie de la maternité, elle fut prise de vomissements incessants, douleurs dans le bas-ventre, amaigrissement, faiblesse extrême, elle rentre à l'hôpital.

Examen : Ventre un peu augmenté de volume, douleurs à la palpation, empâtement remplissant en partie la fosse iliaque droite. Leucorrhée abondante. Pas de règles depuis la fausse couche. La malade ne tousse pas et l'examen des poumons est négatif.

Plus tard, la malade est prise de toux; tuberculose à marche rapide dont elle meurt au mois d'avril.

Autopsie : Tuberculose pulmonaire, pleurale, diaphragmatique, péritonéale et sur l'épiploon. Fortes adhérences des organes du petit bassin, qui sont agglutinés.

Trompe gauche remplie de pus caséeux, de même du côté de la trompe droite. Tuberculose de l'utérus et du col; granulations sur la muqueuse vaginale.

OBSERVATION XXIII

Scipiades. — *Péritonite tuberculeuse et tuberculose des trompes pendant la grossesse.*

(*Zentrallblatt, für Gyn.*, 1907)

Femme de 36 ans. XII pare. Dernière règles il y a 6 mois, sent remuer depuis deux mois et demi. Dès le début de sa grossesse elle est affaiblie et doit s'aliter. Femme maigre, pâle, sans fièvre. Pouls faible à 116. Poumons sains.

Avortement provoqué. Mort deux heures après.

Autopsie : Poumons normaux. Epiploon épaissi. Tout le péritoine est semé de granulations jaunes-blanchâtres, de grosseur allant de la tête d'épingle à un pois. Pas de caséification. Il y a deux litres et demi de sérosité trouble et rouge-brun. Les trompes sont très épaissies; leur muqueuse est couverte de matière caséeuse.

Histologiquement, on démontre la nature tuberculeuse. Les trompes paraissent le siège primitif, les lésions y étaient le plus avancées.

OBSERVATION XXIV

Grimault. — *Tuberculose génitale*

Z... Amélie est âgée de 24 ans, elle a perdu une sœur âgée de 33 ans, d'une affection abdominale; l'autopsie a montré une tuberculose des organes génitaux, cette femme souffrait depuis l'âge de 20 ans et cependant, elle avait eu 4 grossesses normales pendant les 13 ans qu'a duré cette affection abdominale. Une autre sœur de notre malade est morte à l'âge de 28 ans, de méningite probablement tuberculeuse. Enfin, un frère est mort de typhoïde à l'âge de 15 ans.

A part une typhoïde dans l'enfance, notre malade n'a présenté aucune autre affection. Règles normales; mariée à l'âge de 19 ans.

En mai 1920, après une grossesse sans incident, elle a accouché d'un enfant bien constitué, mais au cours d'une seconde grossesse,

elle a souffert beaucoup du ventre, maigrissant considérablement, présentant des diarrhées et des vomissements fréquents. L'accouchement s'est produit au septième mois (30 septembre 1921). L'enfant a vécu 10 mois. Bien que n'allaitant pas, la femme présentait ensuite une aménorrhée de 10 mois. Le ventre augmentant de volume, elle se crut enceinte, mais l'examen fait à ce moment, par un médecin, a révélé la présence d'une tumeur abdominale indépendante de l'utérus. Les règles sont revenues en juillet 1922, douloureuses mais assez régulières, jusqu'en août 1923; à cette date, elles sont revenues irrégulières, beaucoup moins longues et les douleurs abdominales se sont accrues.

Quand nous voyons la malade, le 4 décembre 1923, elle souffre beaucoup du ventre qui est ballonné, distendu; on y sent une tumeur qui dépasse la symphyse d'un travers de main et qui tombe dans les culs-de-sacs vaginaux empâtés. L'utérus, peu augmenté de volume, est rejeté en avant et fait corps avec la tumeur; pas de fièvre. Il n'y a aucun symptôme pulmonaire.

Opération : Le 6 décembre 1923. Epiploon parsemé de nodules blanchâtres, du volume d'un pois, durs et à contenu caséeux. Plusieurs nodules de ce genre se voient également sur le colon transverse et les anses grêles.

Hystérectomie difficile. Volumineuse tumeur salpingo-ovarienne gauche, la trompe gauche contenait du pus grumeleux, plusieurs kystes à contenu séreux entouraient cette trompe.

Examen des pièces : Infiltration tuberculeuse totale des organes génitaux. Suites opératoires satisfaisantes.

OBSERVATION XXV

(Dubois, Berne)

A propos d'une infection tuberculeuse intra-utérine

(*Schweitz Med. Wochenschrift*, 1920)

On trouve dans la littérature 20 cas seulement d'infection tuberculeuse à point de départ certainement intra-utérin. La plupart du temps, l'infection se produit chez le nourrisson pendant la vie et par la voie des bronches. Dans l'infection placentaire, il faut en général rechercher le foyer dans le foie.

Une primipare de 22 ans est atteinte de tuberculose miliaire généralisée avec fièvre élevée et meurt 42 jours après son accou-

chement. L'autopsie montra comme point de départ une tuberculose caséeuse ancienne de la trompe gauche et de l'endomètre, ainsi qu'un gros tubercule dans la veine rénale droite. Deux jours après le début de la maladie, la mère accoucha prématurément.

Présentation du siège. L'enfant fut aussitôt séparé de la mère. Pirquet et Mantoux négatif. Exitus après 54 jours.

A l'autopsie, on trouva un ancien foyer ramolli dans le lobe supérieur du poumon droit, des lésions nodulaires confluentes dans le foie et des granulations miliaires dans la rate et dans les reins. Dans tous ces foyers, grande quantité de bacilles de Koch. Méninges normales. L'infection d'origine intra-utérine s'était faite soit par voie sanguine ou probablement par déglutition de liquide amniotique.

OBSERVATION XXVI

(Jung, *Zentrallblatt für Gyn.*, 1906)

Femme de 41 ans, polytuberculeuse. L'utérus paraît être de sept mois. Travail en train depuis dix heures. Accouchement spontané d'un enfant vivant, de 1.850 grammes. Délivrance normale. Malgré des suites obstétricales normales, la mère meurt au quatorzième jour.

Autopsie : Tuberculose des poumons, des reins et de l'intestin, ainsi que de l'endomètre et des trompes. Histologiquement, on trouve des tubercules typiques dans le chorion du placenta. De même, noyaux tuberculeux avec bacilles dans la déciduale. La voie d'infection paraît hématogène. Toutefois, il est possible qu'il y ait eu lésion antérieure des organes génitaux, d'où proviendrait l'infection placentaire. Les lésions de la trompe gauche paraissent être les plus anciennes.

OBSERVATION XXVII

François Harbits. — *A propos d'une Tuberculose au début.*

(*Munch. Med. Wochenschrift*, 1913)

Primipare mariée de 26 ans. Pleurésie il y a six ans. Plus tard, elle avait pris froid et toussait sans expectoration. Cependant, elle se portait bien et ne vit aucun médecin. Pendant la

gestation, elle eut des nausées et des vomissements, mais se trouvait encore bien portante. A son arrivée à la Maternité, le 8 janvier, on trouva une tuberculose du sommet droit.

Après l'accouchement, le 8 janvier (durée de 11 heures), elle eut de la fièvre et les signes physiques s'installèrent (souffles bronchiques, râles, etc.). Elle mourut le 5 février, 28 jours après l'accouchement.

Autopsie : En dehors des adhérences fibreuses du poumon gauche, on trouva au sommet une tuberculose chronique ancienne avec marbrures du tissu conjonctif, tubercules fibreux, une caverne énorme et d'autres petites à contenu caséeux et tubercules dans les parois. Tuberculose miliaire des poumons, des plèvres, du péritoine, dans le foie, la rate et les reins.

L'arbre génital montrait des lésions nettes. La trompe droite était fortement tuméfiée, tordue, remplie d'une masse caséeuse. Tuberculose salpingienne ancienne. L'utérus est grand, mou, long de 10 centimètres, large de 6 centimètres; le col est ouvert, la face interne de la paroi est légèrement congestionnée avec un enduit glaireux peu épais sans aucun signe d'infection puerpérale; de même pas d'infection du paramètre. Pas de rétention placentaire.

Dans le fond de l'utérus, sur la plaie placentaire, on trouve des tubercules. Granulations tuberculeuses sur la decidua basalis. Le placenta ne fut pas examiné.

Enfant débile, malformation (6 doigts et 6 orteils) de chaque côté. Il fut nourri par une nourrice saine et séparé de sa mère. Il mourut le 2 février, âgé de 25 jours. L'autopsie montre un amaigrissement considérable (1.930 grammes). Tuberculose pulmonaire avec adénopathie hilaire. L'inoculation au cobaye avec des organes fœtaux fut positive. L'enfant fut donc bien infecté par la mère. L'utérus et la trompe étaient atteints de tuberculose ancienne, ce qui n'exclut pas la généralisation au placenta et à l'enfant de la tuberculose miliaire constatée, par voie hématogène.

Le point de départ de l'infection est vraisemblablement une tuberculose placentaire.

OBSERVATION XXVIII

(*Thèse* Brouardel, Paris, 1864-65)

Louise B..., couturière, âgée de 26 ans, est entrée au service de M. Aran, le 21 mai 1859, à l'hôpital, salle Sainte-Thérèse.

Cette malade est d'une constitution médiocrement forte, de tempérament lymphatico-nerveux. Elle n'a jamais eu dans son

enfance de gourmes, d'ophtalmie ni d'engorgement ganglionnaire.

Son père et sa mère sont bien portants, ainsi que son frère et sa sœur. Elle n'a jamais eu de maladie sérieuse que depuis qu'elle est accouchée. Elle fut réglée régulièrement à 18 ans sans douleurs, ni flueurs blanches. Elle se maria à 20 ans et eut deux enfants, le premier a deux ans et demi, le second a 9 mois. Elle n'a nourri que pendant quelques jours l'un et l'autre des deux enfants. Elle s'est levée le septième jour après son premier accouchement pour sortir de l'hôpital. Elle souffrait beaucoup dans le bas-ventre, ne pouvait se tenir debout et n'aurait pu reprendre son travail si une douleur vive, une rougeur et un gonflement du coude gauche ne l'avait forcée à rentrer à l'hôpital.

La malade fut soignée à l'hôpital Saint-Antoine et à l'Hôtel-Dieu, par le Professeur Richet, puis quitta l'hôpital non guérie.

Les douleurs abdominales avaient continué, la malade n'en avait pas parlé dans la crainte d'être examinée par les élèves de la clinique. Elle devient enceinte une seconde fois et accouche il y a environ 9 mois.

La grossesse avait été douloureuse. Pendant sa durée était survenue une toux opiniâtre sans toutefois de crachement de sang. L'accouchement fut heureux et la malade se levait au neuvième jour. Depuis les douleurs n'ont fait que continuer à se faire sentir dans les reins et dans l'hypogastre. La toux augmente; il y a quelques crachats striés de sang et l'amaigrissement est notable.

Les forces se perdent; les règles sont revenues et reparaissent tous les quinze jours, peu abondantes, accompagnées de douleurs de reins et de flueurs blanches. La miction est douloureuse et la vulve est le siège de démangeaisons.

OBSERVATION XXIX

COUSYN. — *Tuberculose de l'utérus et des annexes*

(*Thèse de Paris,* Juillet 1903.
Observation du service de M. DOLERIS)

La nommée R.., âgée de 24 ans, exerçant la profession de teinturière, entre le 24 novembre 1902 dans le service de M. Doleris, à l'hôpital Boucicaut. Comme antécédents héréditaires, on relève cette particularité intéressante que le père est mort tuberculeux. La mère de la malade est bien portante; mais sur cinq

frères qu'a eu Mme R..., un seul a survécu; les quatre autres sont morts.

Pour sa part, la malade a eu seulement une bronchite grave vers l'âge de 3 ans.

En octobre 1901, elle entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. Ledentu, pour des troubles des organes génitaux; le diagnostic porté fut métrite et salpingite, et la malade fut traitée seulement par des injections; elle quitte Necker sur sa demande au bout de quelques jours. Elle était à ce moment enceinte de 2 mois et demi environ, et le diagnostic de sa grossesse n'avait pas été fait.

Le 7 février 1902, elle entre à la Maternité pour rétention d'urine. Au dire de la malade, les sondages qu'on pratiqua à cette époque donnèrent issue à du sang presque pur. Depuis un mois déjà, elle éprouvait de grandes douleurs en urinant; les souffrances jointes aux hématuries répétées, l'avaient fait tomber dans un état d'anémie prononcé. On la traite à la Maternité par des injections vésicales; on lui donne aussi de grands lavages intestinaux et on lui fait des injections hypodermiques de sérum.

Sa grossesse qui continuait à évoluer, en était au septième mois environ; jusqu'au terme, elle continua à souffrir de douleurs vésicales. En outre, une grande quantité d'albumine apparaît dans ses urines; elle a un œdème notable des jambes et de la face. Elle est mise au régime lacté.

Elle accouche en mai; le travail dure 37 heures.

Suites de couches normales, sauf quelques douleurs vésicales au moment de sa sortie, 12 jours après son accouchement. Retour de couches 2 mois après. Règles douloureuses, douleurs dans le bas-ventre. Urines claires se troublant parfois.

Le 24 novembre, elle est vue par M. Bernheim qui porte le diagnostic de métrite. Depuis sa grossesse, pertes blanches abondantes; on ne trouve pas le gonocoque dans les sécrétions.

Examen : au toucher corps utérin de volume normal. Cervicite et ectropion de la lèvre antérieure. Empâtement diffus des culs-de-sac latéraux et dans le Douglas. Annexite double.

Laparotomie : Ablation des annexes des deux côtés.

Suites simples.

A l'examen : Des pièces présentent des altérations typiques de tuberculose.

OBSERVATION XXX

(Krauss, *Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1904)

Femme de 23 ans, qui entre à l'hôpital le 21 septembre 1901, avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire, qui fut confirmé par l'examen et les recherches de laboratoire.

La malade signala par la suite que ses règles étaient suspendues depuis quatre mois, et que depuis ce temps elle avait des pertes blanches et une douleur hypogastrique.

L'examen gynécologique montra un utérus gravide au quatrième mois; annexes gauches douloureuses et empâtées. La femme mourut le 18 octobre avec des signes de tuberculose miliaire.

Autopsie: Tuberculose miliaire.

L'examen microscopique montre des tubercules typiques dans les membranes et le placenta. Endométrite tuberculeuse.

OBSERVATION XXXI

Warthin. — *Un cas de grossesse ectopique coexistant avec la tuberculose des trompes, du placenta et du fœtus*

(*Med. News*, Sept. 1896)

Femme de 38 ans, mariée de 13 ans. Pas d'accouchements normaux, ni fausse couche. Bien réglée jusqu'en août 1895, où la menstruation s'arrête. Bien portante d'août jusqu'au mois d'octobre, où elle fut prise d'une douleur vive du côté gauche avec tendance au collapsus; deux jours après, nouvelle attaque plus légère; troisième attaque après 6 jours, avec douleurs violentes, obligée de prendre de la morphine.

Il se déclare une péritonite généralisée; on pense à une occlusion intestinale. Elle guérit de cette crise; un mois après, nouvelles douleurs dans le bas-ventre, en même temps qu'apparition d'un écoulement brun foncé, écoulement contenant des masses caséeuses, du pus épais, d'odeur fétide, et l'on y constate en plus un corps ayant l'apparence d'une petite poche. Les douleurs continuent, la malade ne pouvant plus garder aucune position.

Elle revit ses règles en février et mars 1896. Entre à l'hôpital le 26 mars 1896. Etat général satisfaisant, pas de troubles digestifs, rien du côté du cœur ou des poumons, pas de température dans la semaine avant l'opération; aucun symptôme pouvant faire soupçonner la tuberculose. A l'examen, le 27 mars, on constate une douleur à gauche dans l'abdomen avec un peu d'empâtement. Utérus rétrofléchi, immobile, douloureux. A gauche de l'utérus, on constate une masse ovale, irrégulière et sensible. Légère quantité de pus dans les urines. Pas de bacilles tuberculeux dans les sécrétions vaginales.

Diagnostic: Grossesse extra-utérine.

Opération le 3 avril. Congestion des organes. Adhérences des organes du petit bassin. Trompe droite dilatée. Ovaire kystique. Mêmes lésions à gauche. Kyste fœtal à droite. Extirpation des annexes.

Annexes tuberculeuses et kyste fœtal tuberculeux.

La malade succomba de péritonite tuberculeuse.

OBSERVATION XXXII

STOBER. — *Grossesse ectopique accompagnée de tuberculose primitive des trompes de Fallope*

(*Med. News,* 1898, Vol. 38)

Mme A. J..., âgée de 31 ans, mariée depuis 8 ans. Père mort de tuberculose. La malade jouit d'une bonne santé, jusqu'il y a quelques années où elle commença à avoir des douleurs au moment des règles. Pas de leucorrhée. Les derniers temps, douleurs aiguës dans le bas-ventre, surtout localisées à gauche. Nausées, vomissements, un peu de tympanisme.

Pendant 5 semaines, 4 fois métrorragies, durant deux ou trois jours. A ce moment, exagération des symptômes. Perte de caillots dans les intervalles, écoulement, d'eau tantôt claire-brunâtre, tantôt rouge et épais.

Examen : Utérus augmenté de volume, en situation normale et immobile. Les deux trompes épaissies et adhérentes; on n'arrive pas par le toucher à différencier la trompe gauche de l'ovaire, mais on sent une grande tumeur oblongue haut située, faisant corps avec la corne utérine. Congestion, aspect violacé des organes génitaux. La malade accuse des douleurs dans les seins, et se croit enceinte.

Diagnostic : Grossesse ectopique.

Laparotomie : 19 mars 1893. Kyste fœtal à gauche. Trompe et ovaire droits augmentés de volume. Extirpation des annexes.

L'examen microscopique des trompes montre des lésions anciennes de tuberculose avec foyers de caséification. Tuberculose miliaire de l'utérus.

OBSERVATION XXXIII

(*Thèse* Olivier)

Marthe M..., 34 ans, entre le 12 septembre 1908. A eu trois accouchements normaux; règles normales, mais peu abondantes. Début de la maladie, au commencement du mois d'août, par une douleur abdominale subite occupant le bas-ventre, sans irradiation. Pendant huit jours, suintement sanguin léger; puis métrorragies assez abondantes durant encore à l'entrée à l'hôpital. Le repos calme les douleurs, mais les pertes persistent. A l'entrée, la malade est amaigrie.

15 septembre 1908. Intervention : On trouve une grossesse tubaire droite et une annexe gauche très volumineuse. Utérus lourd et gros. On fait une hystérectomie subtotale.

La trompe, examinée, est tuberculeuse.

OBSERVATION XXXIV

Lenormant. — *Annexite tuberculeuse et hématocèle*
(*Progrès Médical*, 1909)

Femme de 25 ans; deux enfants et une fausse couche. Depuis trois mois, douleurs abdominales plus marquées à gauche, sans fièvre. Trompes bilatéralement augmentées de volume et douloureuses. La masse gauche était nettement plus grosse.

Laparotomie: Péritoine parsemé de granulations abondantes, surtout nombreuses à la surface de l'utérus et des annexes. Petite quantité de liquide. A droite, trompe grosse avec adhérences, non kystique. A gauche, tumeur annexielle, comme le poing, remplissant en partie le Douglas. Hystérectomie supra-vaginale: la trompe occupe la partie supérieure de la masse; au-dessous d'elle, il y a une poche limitée par des fausses membranes renfermant du sang noir et des caillots. On enlève les annexes gauches et la poche hématique. Suites parfaites.

OBSERVATION XXXV

ALEXANDER et MOSKOWICZ. — *Grossesse extra-utérine infundibulo-ovarienne et tuberculose tubaire et péritonéale*

(*Monatschrift für Geburts,* Août 1900)

Femme de 35 ans, nullipare, a des douleurs hypogastriques et des métrorragies avec état général mauvais. Ascite et tumeur annexielle gauche.

Laparatomie : Demi-litre de liquide séreux trouble. Nodules tuberculeux miliaires sur le péritoine viscéral et pariétal. Pas d'adhérences. A l'extrémité abdominale de la trompe gauche, tumeur bleu-rougeâtre, en massue, du volume d'un œuf d'oie. Extirpation et guérison.

Dans la tumeur, embryon de 20 millimètres. Nombreux nodules miliaires sur le péritoine de la trompe.

OBSERVATION XXXVI

Sur l'étiologie de la grossesse tubaire
(STEIN, *Thèse* de GIESSEN, d'après ZENTRALLBLATT, 1905)

Femme de 24 ans, opérée d'hématome péritubaire droit. Pelvi-péritonite tuberculeuse. Etat infantile de la trompe avec deux diverticules profonds dans la région de l'isthme, envahis par une tuberculose secondaire. Il en résulta une endosalpingite tuberculeuse d'où occlusion de la région de l'isthme. L'œuf était dans la portion ampullaire de la trompe.

OBSERVATION XXXVII

(BOQUEL, *Inédite*)

Mme T..., 37 ans, tuberculeuse pulmonaire avérée, devenue enceinte fin 1913, avec grossesse à peu près normale et état général médiocre. Au cours du travail, Septembre 1914, constatation d'une tumeur pelvienne paraissant d'origine annexielle, et obtruant le détroit supérieur.

Laparotomie : Césarienne qui donne enfant vivant, et ablation d'une tumeur annexielle droite, enveloppée dans une guangue

d'adhérences aux organes voisins, paraissant d'origine ovarienne, en tout cas, masse inflammatoire ancienne. L'impression nette fut qu'il s'agissait d'une masse de nature tuberculeuse, mais l'examen histologique (période de guerre) ne put être fait. L'enfant s'éleva bien, la malade guérit très bien de son opération, et ne mourut qu'un an après, sans symptômes abdominaux, des progrès de ses lésions pulmonaires.

OBSERVATION XXXVIII

LANTZ. — *Un cas de tuberculose du placenta et des membranes*

(*Archiv. für Gyn.*, 1915)

Malade âgée de 28 ans. Pleurésie il y a dix ans. Depuis cette époque, la malade est affaiblie et tousse beaucoup. Il y a huit mois, elle accouche normalement pour la seconde fois; pendant ses couches elle fait une pleurite. Séjour de deux mois à l'altitude suivi d'une légère amélioration. Peu de temps après, nouvelle aggravation de son état général. Dans les derniers temps, fièvre, sueurs, dyspnée. La malade est alitée depuis huit jours, lorsque le Médecin l'envoie à la clinique médicale du Professeur Sahli pour tuberculose miliaire. — Etat général rapidement mauvais. A l'auscultation, râles sous-crépitants aux deux poumons, souvent sonores. Cœur irrégulier, albumine dans les urines; l'examen du sang montre : une leucocytose, augmentation du nombre des polynucléaires, quelques myélocytes et de nombreux érythroblastes.

Exitus le 22 décembre 1913.

L'autopsie est pratiquée 10 heures après la mort, à l'Institut pathologique :

Tuberculose miliaire des poumons, de la rate, du foie, des reins, de la caduque utérine et du chorion. Tuberculose chronique des poumons et des bronches. Salpingite tuberculeuse. Utérus gravide au quatrième mois. A l'examen microscopique, on retrouve les lésions décrites par Schmorl et son école.

Examen du fœtus : parmi les organes fœtaux nous examinons microscopiquement le foie, le poumon et la rate, et nous en préparons une partie avec l'antiformine. Il a été impossible de découvrir du bacille tuberculeux, soit à l'examen histologique, soit par la méthode à l'antiformine, bien que l'inoculation au cobaye ait été positive; enfin, il n'y avait point de lésions tuberculeuses ni dans le poumon, ni dans le foie, ni dans la rate.

OBSERVATION XXXIX

(Chevrier et Delval, *Bulletins et Mémoires de la Société d'anatomie,* 1910)

Il s'agit d'une malade de 21 ans, entrée à l'Hôpital Cochin avec tous les signes d'une infection péritonéale grave.

Etant donné l'état de cette femme, on ne peut en tirer presqu'aucun renseignement, si ce n'est qu'elle était malade depuis son accouchement datant de 1 mois. Enfant très bien portant, placé à la campagne.

On fit d'urgence la laparotomie; le péritoine était rempli de liquide louche. Anses intestinales très congestionnées; l'utérus et les annexes augmentées de volume, furent enlevées; la malade succombe le lendemain.

Autopsie : A l'ouverture de l'utérus, on trouve la cavité remplie par un gros champignon, charnu et molasse, ayant la situation et l'aspect d'un polype placentaire implanté sur la paroi antérieure. Trompes et ovaires droits augmentés de volume.

L'examen histologique réservait une surprise. Au lieu des éléments placentaires que l'on croyait trouver dans la tumeur, on ne peut reconnaître qu'une masse fibro-caséeuse farcie de tubercules et de cellules géantes; on trouve des bacilles. Il s'agit donc d'une tuberculose hypertrophique de l'utérus infiltrant assez profondément le muscle, mais n'ayant pas complètement détruit la muqueuse dont les glandes sont remplies de globules de pus. Lésions annexielles, probablement primitives, de nature bacillaire.

OBSERVATION XL

Galatia. — *Tuberculose des annexes et du péritoine. Mort en suite de couches*

(*Zentrallblatt,* 1907)

Femme vue 10 jours après l'accouchement. Température 39°3. Pouls 130, filiforme.

Mort par collapsus.

Autopsie: Poumons sains. Entre tous les organes abdominaux adhérences de 1 centimètre d'épaisseur. L'intestin est couvert de granulations tuberculeuses; il y a aussi des abcès à pus épais et fétide. Annexes hypertrophiées, couvertes de tubercules. Il

y a aussi des tubercules sur le péritoine utérin. Ils sont très serrés sur la muqueuse utérine jusqu'au bord de la plaie placentaire et s'enfoncent dans la musculeuse. On peut colorer des bacilles. Le jour de la mort de la mère, l'enfant etait encore bien portant.

OBSERVATION XLI

(Uhland, *J. D. Tubingen,* 1886)

Femme de 20 ans, antécédents tuberculeux. N'a jamais été malade. Il y a 7 semaines, fausse couche de 3 mois. Métrorragie durant trois semaines. Depuis, pertes jaunes en même temps que le ventre augmente de volume.

Examen : Ascite. Utérus augmenté de volume en antéflexion, et refoulé en avant par une tumeur volumineuse remplissant le petit bassin.

Ponction qui ramène 3 litres d'un liquide jaunâtre et fétide.

Nouvelle ponction, l'épanchement s'étant reproduit. Mort.

Autopsie : Adhérences péritonéales. Liquide louche.

Trompes très dilatées et remplies de masses caséeuses.

Nodules tuberculeux sur la muqueuse utérine et cervicale.

OBSERVATION XLII

Braye. — *Tuberculose primitive génitale post-abortum*

(*Thèse* Braye, Paris, 1902)

X..., 24 ans, entre le 12 février 1889, service de M. le professeur Cornil.

Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 13 ans.

Octobre 1888, fausse couche de 4 mois. Hémorragies, fièvre, douleurs. Reste 4 mois avec des pertes blanches. 15 jours après, amaigrissement, fièvre, douleurs, ventre gros.

12 mars : craquements aux deux sommets.

13 avril : Mort.

Autopsie : Adhérence de l'intestin et de l'épiploon. Organes du petit bassin agglutinés. La trompe gauche coiffe l'utérus et est pleine de pus caséeux. Chaque frange présente l'aspect d'une végétation caséeuse. Ovaire caséifié. Surface intérieure de l'utérus recouverte de bourgeons développés, surtout au niveau de l'in-

sertion du placenta; sur les bourgeons, granulations et masses caséeuses. Sur la portion utérine du col, bourgeons plus récents et ulcérations sur la portion vaginale du col.

OBSERVATION XLIII

(Vautrin, *Gynécologie-Obstétrique,* 1923, Tome VII)

Mme M..., âgée de 24 ans, née d'une mère dont la lignée présente des atteintes de tuberculose avérée, a eu une jeunesse exempte de maladies, et s'est mariée en 1919. Un an après, elle devient enceinte et présente au cours du troisième mois une douleur vive dans la fosse iliaque gauche, que le médecin rattache à une cause banale. Cette douleur s'atténue peu à peu, reparaît pour disparaître ensuite jusqu'à la fin de la grossesse, qui a lieu dans les conditions normales, sans fièvre dans ses suites immédiates. Tout à coup, le vingt-deuxième jour après l'accouchement, un frisson éclate avec température de 40° de fièvre, et douleur dans le bas-ventre, du côté gauche. L'examen de l'utérus, dont les lochies ont toujours été normales comme aspect et abondance, ne révèle aucune trace d'infection; la régression de l'organe est réglementaire et sa consistance, sa mobilité, la souplesse du paramètre n'indiquent aucune complication de ce côté. Le toucher permet de sentir à la partie supérieure et postérieure du ligament large gauche, une tuméfaction globuleuse, à limites assez précises, douloureuse au palper profond, que l'on percevra désormais jusqu'à la fin des accidents, avec des modifications successives. Cette tuméfaction ne fait pas suite à la corne utérine gauche; elle en paraît séparée et s'étend jusqu'à la limite du pelvis. Il semble que l'on assiste à une lymphangite ligamentaire, à un phlegmon du ligament large.

A partir de Septembre 1921, tandis que l'allaitement continue dans des conditions satisfaisantes, la fièvre s'installe sans frissons, avec des poussées vespérales de 38°5 tous les quatre à cinq jours, et des rémissions à 37°4. L'alimentation est régulière, mais l'état général baisse sensiblement durant les mois de Novembre et de Décembre sans phénomène pulmonaire appréciable, sans modifications notables dans l'état local. Lorsque je prends la malade en observation en Janvier 1922, elle présente plutôt l'allure d'une femme chroniquement infectée, avec fièvre hectique et poussées fébriles vespérales à 38°5, une ou deux fois par semaine. Le pouls bat à 100 le plus souvent; il est bon et régulier. Les urines

sont normales. A part quelques petites rares manifestations d'entéro-colite, les selles sont régulières et faciles. Au toucher, je trouve un utérus en légère subinvolution, souple, mobile et indolore. Les annexes droites sont saines. A gauche, je perçois une tuméfaction du volume d'une grosse figue fraîche, accolée au ligament large à sa partie postéro-supérieure. Cette masse ligneuse, peu douloureuse et fixe, me paraît, comme au médecin traitant, devoir être rattachée à une lymphangite du ligament large, mais je fais des réserves pour un kyste dermoïde suppuré. L'allaitement a été arrêté. On tonifie la malade; on exige d'elle un repos complet, une hygiène sévère, on la soumet sans résultat à deux injections de vaccin de Delbet, et à l'aide d'une suralimentation rationnelle on arrive à remonter quelque peu son état général et à abaisser la fièvre, dont les poussées se font plus rares et moins prononcées. La malade retourne à la campagne avec une prescription sévère...

Elle vient se soumettre à des examens réguliers. En Avril, bien que la température n'ait rien révélé d'anormal, puisque la courbe se maintenait le matin à 37° et le soir à 37°8, je constate que la tuméfaction du côté gauche a subitement augmenté, et j'ai l'impression d'une tumeur liquide, qui occuperait le côté gauche du bassin et la fosse iliaque gauche.

Je me rallie alors à l'idée déjà émise d'un dermoïde suppuré, ou d'un kyste ovarique. Quelques jours après, la scène a changé, et je ne trouve plus la tumeur liquide, mais de nouveau la tuméfaction initiale doublée de volume. Sur les entrefaites, les urines, liquides auparavant, étaient devenues troubles, au dire de la malade, qui avait en même temps ressenti de la dysurie. Je n'eus pas de peine à reconnaître qu'une collection purulente s'était évacuée par la vessie.

Une intervention fut décidée. Elle eut lieu le 10 août 1922, sous l'anesthésie au mélange de Schleich.

La laparatomie me conduisit sur un bassin rempli dans toute sa partie gauche, par une tuméfaction constituée par l'ovaire gauche démesurément augmenté de volume, et par le pavillon de la trompe gauche, perdu au milieu de fausses membranes compactes qui s'étendaient le long de la dernière portion du côlon sigmoïde jusqu'à la vessie. J'eus beaucoup de peine à libérer la masse inflammatoire de l'utérus, de l'intestin et de la vessie, où une collection s'était ouverte. Je décidai de borner mon exérèse aux organes malades, car les annexes droites paraissaient saines et enveloppées seulement de quelques fausses membranes transparentes. Le bassin fut drainé par un tube de caoutchouc, flanqué de deux compresses longuettes. Une sonde de Pezzer, fut laissée dans la vessie suturée, et le ventre fut fermé en trois plans.

A la suite de cette intervention difficile, la guérison fut lente. Elle n'est pas encore complète à l'heure actuelle, mais elle peut être considérée comme certaine, car la cavité abdominale est fermée, et une fistulette reste seule à cicatriser.

La pièce enlevée comportait l'ovaire gauche, creusé de plusieurs cavités, dont l'une plus volumineuse, retractée depuis l'ouverture de la collection dans la vessie, contenait encore 40 grammes environ de pus caséeux, et s'étendait dans le parenchyme ovarien réduit à une sorte de coque.

Cette cavité se trouvait limitée par le pavillon de la trompe, autour duquel un exsudat s'était constitué, avec adhérence au colon, et fusée vers le ligament rond gauche et la vessie.

Dans l'ovaire existaient d'autres foyers caséeux. Malgré l'importance de ses lésions destructives, l'utérus et les annexes droites semblaient avoir échappés au processus; de là la résolution qui fut prise d'assurer leur conservation.

L'examen anatomo-pathologique, fait par les soins de M. Morlot, donna lieu à la note suivante : Il s'agit d'une ovarite et d'une salpingite tuberculeuses. Le parenchyme de l'ovaire contient des nodules visibles à l'œil nu, gros amas caséeux à centre ramolli pour la plupart, et riches en cellules géantes et épithélioïdes. Il y a une assez forte réaction scléreuse autour des formations tuberculeuses.

Janvier 1924. La malade, après son opération, a fait, en Suisse, une cure d'héliothérapie. Donnant dernièrement de ses nouvelles, elle se porte parfaitement bien, et ses règles sont revenues normalement à présent.

OBSERVATION XLIV

BOUILLY. — *Double salpingo-ovarite tuberculeuse avec pelvi-péritonite*

(*Thèse* GOROWITZ, Paris, 1900)

G. M..., 21 ans, entre dans le service de M. Bouilly, le 16 novembre 1899, pour des douleurs dans le bas-ventre et des pertes vertes. Réglée à 16 ans, jamais régulièrement, tous les deux ou trois mois. Accouchement il y a 19 mois, fausse couche de 3 mois il y a 6 mois; c'est depuis cette époque que la malade souffre du ventre. Toujours couchée, elle n'a pu reprendre son travail.

Les douleurs sont continuelles, jour et nuit, quelquefois le

ventre se ballonne. Elle n'a eu ses règles qu'une seule fois, il y a 3 mois, mais elle perd continuellement, en rouge et en blanc.

Examen : Le 24 novembre, on trouve l'utérus mobile fortement incliné en latéroversion droite. Tuméfaction dans le cul-de-sac gauche, faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur. Tumeur immobile, adhérente très douloureuse. Salpingite droite. Induration du sommet gauche.

27 novembre : Hystérectomie vaginale.

Suites normales.

Examen des pièces : Métrite parenchymateuse. Tuberculose des annexes.

OBSERVATION XLV

(Kundrat, *Archiv. fur Gynécologie*, 1902)

J. V..., vue le 20 octobre 1900. Agée de 31 ans. En 1887, accouchement normal. 1888, avortement. 1890-1891-1896, accouchements normaux. 1899, avortement. Règles irrégulières durant 6 à 8 jours, indolores. Depuis le dernier accouchement assez laborieux, la malade a eu une mauvaise santé. Des douleurs apparurent 2 mois après cet accouchement, douleurs violentes et tiraillements dans le bas-ventre. De temps à autre, élévations thermiques. Règles comme auparavant. Depuis le dernier avortement, les douleurs sont revenues très fortes, le plus souvent, fièvre. Malade affaiblie. Règles normales. Pas de pertes blanches. Enfants vivants et bien portants.

Laparotomie : Hystérectomie totale. Muqueuse utérine totalement envahie. Annexite bilatérale.

OBSERVATION XLVI

(Boursier, *In Journal de Méd. de Bordeaux*)

Femme de 24 ans, sans antécédents héréditaires.

Réglée à 17 ans peu abondamment. Deux accouchements. Depuis le second, douleurs en crises peu réveillées par la marche. Ménorragies et irrégularités depuis cette époque. Pertes épaisses, verdâtres. A plusieurs reprises, crises douloureuses surtout dans la fosse iliaque droite. Ventre tendu douloureux. Deux masses iliaques douloureuses et immobiles se portant en dehors vers l'utérus. Adhérences de l'intestin grêle, en paquet, recouvert de granulations. On referme le ventre sans rien enlever.

OBSERVATION XLVII

(Jaboulay et Rivière, *Lyon Médical*, 1903)

Femme de 34 ans. Sept enfants, une fausse couche il y a 14 mois. Depuis ce moment, pertes blanches abondantes. Règles douloureuses, avançantes, avec caillots, durant 8 jours. Amaigrissement progressif. A l'entrée, température 37°8. Utérus en rétroversion. A droite, trompe assez mobile, mais grosse et douloureuse. Rien à gauche. Pas de signe de tuberculose pulmonaire. Ablation par voie vaginale des annexes droites. Trompe augmentée de volume à la partie interne, du volume du doigt. Parois très épaissies et muqueuse fongueuse. Ovaire scléreux. Sur le ligament ovario-tubaire, très épaissi, à sa partie inférieure, on aperçoit deux ou trois granulations. De même sur la trompe, on en aperçoit quelques-unes, l'une plus grosse et très visible sur la face postérieure.

OBSERVATION XLVIII

Terrillon. — *Salpingite droite tuberculeuse. Congrès de Chirurgie*

(*In thèse* Chaufton)

X..., 24 ans; a eu un enfant il y a quinze mois. Depuis ce moment, souffre continuellement dans le ventre, surtout à droite; on sent dans cette région une masse arrondie et douloureuse descendant dans le Douglas. Opération: 2 février 1889. Ovaire et trompe droite adhérents. Ils sont enlevés. La trompe est grosse comme le pouce et tuberculeuse. Le côté gauche paraît sain. L'état local et général au moment du Congrès est excellent.

OBSERVATION XLIX

Xavier Bender. — *Un cas de tuberculose du col de l'utérus* (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1911, vol. 17)

Mme M. G..., 32 ans, est vue au mois de mars 1909. Antécédents ne présentant rien d'intéressant. Au point de vue génital, réglée à 14 ans; irrégulières au début et douloureuses, les règles sont ensuite devenues normales.

Mariée à 22 ans, deux grossesses normales, puis en 1908, une fausse couche attribuée à de trop longues promenades à cheval et en automobile. C'est de cette époque que datent les troubles génitaux. La fausse couche fut suivie de pertes assez abondantes qui se répétèrent les mois suivants; le repos et les grandes injections amenèrent une amélioration. Les hémorragies cessèrent, mais les règles furent encore très longues et plus abondantes. Pendant une période de surmenage, du fait de la maladie de son mari, mort d'une fièvre typhoïde, la malade eut à plusieurs reprises des pertes dans l'intervalle des règles et de plus, des pertes blanches mal odorantes, très abondantes et continuelles.

Examen : Col gros mou; utérus en antéversion et augmenté de volume.

Au spéculum, col criblé d'œufs de Naboth et ulcération au pourtour de l'orifice externe. Diagnostic : Métrite. On ne put jamais mettre en évidence le gonocoque, ni le bacille de Koch.

Traitement médical pendant plusieurs mois sans effet, qui est suivi de curettage et d'amputation du col.

A l'examen histologique pratiqué ensuite, on se trouva en présence d'une ulcération tuberculeuse du col typique dans laquelle on put mettre en évidence le bacille de Koch.

OBSERVATION L

CORNIL. — *Tuberculose des organes génitaux*

(*Bulletin de la Société anatomique de Paris,* Mai 1864)

Cette femme, âgée de 24 ans, avait eu dans son enfance un grand nombre d'affections scrofuleuses et avait fait une fausse couche 3 mois avant. On trouva à l'autopsie un grand nombre de tubercules miliaires dans les poumons, sur les plèvres et dans le péritoine. Le péritoine pelvien surtout était parsemé de granulations tuberculeuses.

Un abcès volumineux enkysté existait entre le rectum et l'utérus derrière les ligaments larges. Les ovaires sont sains. Une dizaine de granulations tuberculeuses se voient sur le pavillon de la trompe du côté droit. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que la surface interne de l'utérus est parsemée de tubercules miliaires surtout au niveau du placenta.

OBSERVATION LI

(A. Jayle, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1913, p. 23)

Femme de 42 ans. Un accouchement à 18 ans, un autre à 24 ans. Immédiatement après (1894), douleurs et pertes blanches abondantes. Jayle fait remonter le début de l'affection aux suites des deuxièmes couches.

OBSERVATION LII

Simmonds. — *Tuberculose congénitale par tuberculose génitale de la mère*

(*Soc. Méd. de Hambourg*, 1904)

Femme morte 20 jours après l'accouchement, de péritonite tuberculeuse, d'origine génitale. Il y avait salpingite et endométrite.

L'enfant mourut à 2 mois, de tuberculose pleuro-pulmonaire, hépatique et trachéo-bronchique. L'auteur croit à l'origine placentaire de la tuberculose de cet enfant.

OBSERVATION LIII

Tedenat. — *Prédominances de pelvi-péritonite*

(*Thèse* de Caseneuve, Montpellier, 1901)

T..., 24 ans. Début il y a cinq mois après accouchement normal, par douleurs dans la fosse iliaque gauche avec irradiations dans la région lombo-sacrée. Douleurs généralisées à tout le ventre; quelques semaines après le début, le volume du ventre a augmenté.

Les règles étaient normales; actuellement, aménorrhée de lactation et douleurs persistantes. L'aspect du ventre ferait songer à un kyste de l'ovaire, mais il y a du tympanisme.

Antécédents nuls. Deux enfants en bonne santé. Utérus en flexion et rétroversion légère. Dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une masse constituée par les annexes tombées dans le

Douglas, fixées par des adhérences et sensibles à la pression. L'ovaire gauche est volumineux. On pense à une annexite tuberculeuse.

Le 28 février, laparotomie. Muscles amincis et pâles. Il s'écoule 6 à 8 litres d'ascite légèrement verdâtre. Intestin recouvert de tubercules gros comme une lentille ou comme un pois. Ces granulations recouvrent complètement les organes génitaux internes. Les trompes et les ovaires sont tombés dans le Douglas et fixés par des adhérences. On lave le péritoine à l'eau oxygénée dédoublée, dont on laisse trois quarts de litre dans le ventre.

Suites simples. La malade se sent bien, les douleurs disparaissent.

OBSERVATION LIV

(Ahlefelder, *Monatschrift f. Geburt. u. Gyn.*, 1902)

Malade de 19 ans, mariée.

Réglée à 14 ans, n'a pas été réglée depuis son accouchement, il y a deux mois.

Douleurs dans le bas-ventre depuis cinq semaines. Pertes abondantes.

Tuberculose péritonéale avec annexites bilatérales.

Opération le 1er novembre 1901. Péritoine couvert de granulations.

Exitus le 4 décembre 1901.

Autopsie: Tuberculose des trompes, des ovaires de l'utérus et du péritoine.

OBSERVATION LV

Pleuropéritonite du post partum

(*Inédite*, Maternité de Nancy, 1921)

Mme F..., 21 ans, ménagère. Entre à la Maternité le 19 juin 1921. Son père est mort d'affection pulmonaire.

Elle a été réglée à 13 ans ½ normalement. Elle n'avait jamais été alitée et n'a jamais souffert du ventre.

Son mari est de constitution robuste. Au début de sa grossesse, elle a été vue au dispensaire Villemin par M. le professeur agrégé Jacques Parisot et présentait une pleurésie sèche droite qui nécessita un mois d'alitement.

Au point de vue obstétrical, gestation normale.

19 juin: Accouchement et délivrance ne présentant aucune particularité.

21 juin: Lochies odorantes et épaisses, température 38°8.

23 juin: Céphalée. Sensibilité latéro-utérine droite.

28 juin: Douleurs abdominales légères, lymphangite du ligament large. L'appareil pulmonaire ne présente aucune lésion évolutive. Cependant submatité de la basse droite, diminution du murmure vésiculaire.

2 juillet : Eruption sérique. Ventre ballonné. L'utérus est en place, un veu gros, annexes droites empâtées et douloureuses. Température 38°6.

16 juillet: Examen du sang: Réaction de fixation du complément antigène Besredka: Fixe une unité.

18 juillet: Cul-de-sac gauche et Douglas douloureux au toucher. Pas de gonocoque dans les sécrétions vaginales. Râles humides à la base droite, submatité.

27 juillet: Examen de M. le professeur agrégé Caussade.

Auscultation: souffle et égophonie aux deux bases. Respiration soufflante aux deux sommets, expiration soufflée à droite, inspiration humide à gauche. Température: 37°2 le matin, 39° le soir, ventre volumineux, sensation de flot. Ascite.

Diagnostic : Pleuro-péritonite bacillaire. Induration des sommets.

La malade fut hospitalisée de nouveau en décembre au service du professeur Simon.

OBSERVATION LVI

(Boquel, *Inédite*)

Mme D..., 26 ans. Malade pendant deux années consécutives, vers 16 ans, au moment de la puberté, avec albuminerie. Pas de renseignements positifs.

14 novembre 1921. Accouchement normal, sans incidents, après grossesse normale. Enfant bien portant. Suites de couches fébriles: Dès le deuxième jour, oscillations entre 37° et 38° même 39°, pendant son séjour à l'hôpital, qui dura 4 semaines. Fébrile au départ, mais sans qu'aucun phénomène autre fut noté que: empâtement du cul-de-sac droit, mal délimité. Ballonnement du ventre, coliques, un peu de diarrhée, manque d'appétit, c'est-à-dire phénomènes locaux, sans phénomènes généraux ou pulmonaires.

Revenue en Février 1922 à la consultation, paraît fébrile, avec douleurs abdominales plus vives, quelques pertes, douleurs tantôt à gauche, tantôt à droite, pas de troubles intestinaux, mais envies fréquentes et douloureuses d'uriner. Urines claires, non albumineuses.

Entre le 10 mai à l'hôpital : même état, masse à droite notable, pouls rapide, fièvre à oscillations; phénomènes pulmonaires : néant.

Diagnostic hésitant entre tuberculose péritonéale et lésions annexielles suppurées.

Laparotomie : Péritonite tuberculeuse avec granulations généralisées et masse adhérente à droite. On referme. Amélioration au moins passagère.

Non revue.

OBSERVATION LVII

(Krauss, *Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1904)

Malade de 31 ans, entre le 25 novembre 1899, avec diagnostic de tuberculose pulmonaire. Enceinte de 5 mois.

28 novembre: avortement; 5 heures après délivrance artificiellle.

17 décembre, la femme meurt avec des signes de tuberculose miliaire.

Autopsie : Tuberculose miliaire, endométrite tuberculeuse, les trompes ne présentent aucune anomalie.

OBSERVATION LVIII

(M. V. Kubinyi, *Soc. de Gyn. de Budapest.*
Séance du 22 Avril 1913)

Tuberculose miliaire aiguë, consécutive à une tuberculose génitale. Les accidents se manifestèrent après un avortement, il y eut des frissons, de la dyspnée avec cyanose et des signes de pleuro-pneumonie; à l'autopsie, on reconnut la généralisation tuberculeuse.

OBSERVATION LIX

(Schellong, *Zentrallblatt für Gynæk,* 1885)

Cas de tuberculose miliaire pendant la puerpéralité. Epanchement péritonéal; ponction et lavage du péritoine. Mort.

Femme de 24 ans, après avoir mis au monde un enfant vivant et à terme, est prise, vers le huitième jour, d'une forte fièvre avec ballonnement du ventre et douleurs. Six semaines après, on fait une ponction exploratrice de l'abdomen qui ramène un liquide fétide et qui permet de faire le diagnostic de péritonite diffuse purulente.

Autopsie : Tuberculose pulmonaire, péritonéale et rénale.

Schellong considère la lésion tuberculeuse de la trompe droite comme le point de départ de la généralisation.

OBSERVATION LX

C. Decio. — *A propos de deux cas de tuberculose miliaire avec méningite tuberculeuse au cours de l'accouchement*

(*Ann. di Ost. E. Ginecologia*)

L'auteur rapporte l'histoire de deux patientes, dont l'une présentait pendant sa grossesse de la pleurésie tuberculeuse, laquelle se trouvait déjà guérie au moment de l'accouchement, et un léger catarrhe des sommets; chez l'autre, au contraire, aucune modification de l'appareil respiratoire, ne put être décellée cliniquement.

Dans les deux cas, l'accouchement fut rapide et facile. Durant les premiers jours du post-partum, on remarqua des phénomènes qui, peu précis au début, firent diagnostiquer plus tard une méningite tuberculeuse à la suite de laquelle la première femme mourut le sixième jour, l'autre le seizième jour, après l'accouchement.

L'autopsie démontra, outre la méningite tuberculeuse, une tuberculose miliaire généralisée. Dans le deuxième cas, l'on trouva également une lésion circonscrite du sommet du poumon droit. L'auteur montre le rapport certain entre le travail de l'accouchement et la propagation de la maladie.

OBSERVATION LX *bis*

SCHICKELÉ. — *Infection tuberculeuse aiguë des annexes dans le post partum*

Nous connaissons l'évolution rapide de la bacillose après l'accouchement. Un ou plusieurs foyers pulmonaires par le fait d'une grossesse se sont développés rapidement, puis, vu le traumatisme de l'accouchement, il y a eu épanouissement dans la circulation générale, et nous assisterons avec la courbe typique de température, et du pouls accompagné de frissons ou non, au développement rapide de la catastrophe. L'observation que je vous présente aujourd'hui ne rentre pas dans ce cadre. Elle me paraît tout à fait exceptionnelle, et c'est pour ce motif qu'il me semble la peine de s'y arrêter un instant. Cette jeune femme, âgée de vingt-sept ans, avait eu, dès le début de la grossesse, une infection bacillaire d'un sommet qui s'est développée lentement d'abord, plus rapidement vers la fin de la grossesse, quoiqu'elle fût pendant tout ce temps surveillée par son médecin et en partie hospitalisée dans un sanatorium. L'accouchement se fit sans particularité à la maison de la malade. Le sixième jour, s'est produit une élévation de température brusque accompagnée d'un frisson. La malade fut admise au service. Lors de son admission, l'aspect général était bon, température 39°2. La palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse, l'utérus se trouve en état corerspondant au quatorzième jour après l'accouchement, le col fermé, les annexes gauches libres. Dans la base du paramètre droit, on sent une petite veine thrombosée autour de laquelle se place vers le haut du ligament large un petit empâtement peu sensible. Pendant les huit jours qui suivent, la température ne dépasse pas 37°, l'état général est assez bon, dans les crachats on trouve des bacilles de Koch. Au niveau du poumon, le processus bacillaire s'élargit, et enfin le palper bimanuel découvre deux tumeurs annexielles pas trop sensibles à la palpation qui, huit jours plus tard, ont la grosseur d'un bon œuf d'oie à droite, un peu plus petit à gauche. Nous avons donc assisté, dans le courant d'une quinzaine de jours, à la formation et au développement rapide de deux tumeurs annexielles, qui, par l'absence de tout symptôme infectieux de la part de l'utérus et de la présence d'une infection bacillaire ouverte et en évolution, pourront être identifiées avec grande probabilité d'origine tuberculeuse. Cette interprétation ne peut pas être confirmée par l'examen des pièces, d'abord une intervention ne rentrait pas en ligne de compte,

ensuite la femme a quitté le service. Mais, au point de vue clinique, il paraît être entouré de toute probabilité. Or, il faut relever que l'évolution insidieuse dans le *post partum* des tumeurs annexielles tuberculeuses, sans signes cliniques tant soit peu marqués, processus métastasique au niveau des deux annexes provenant de foyers bacillaires au niveau des poumons, est une observation certainement rare.

OBSERVATION LXI

KOCKEL et LUNGEWITZ. — *Tuberculose du placenta chez la vache et ses rapports avec la tuberculose du veau*

(*Zieglers Beitrage zur Pathologische Anatomie,* 1894)

Depuis des années, on recherche avec un soin tout particulier, à l'abattoir de la ville de Leipzig, la présence de tuberculose fœtale chez le veau. 200 cas furent examinés, mais toujours en vain.

A la fin de l'année précédente, on trouva dans l'espace de quelques semaines, deux fœtus qui montraient une tuberculose avancée des différents organes.

Chez les deux femelles mères, à côté d'une tuberculose généralisée au plus haut point, on trouva installée une tuberculose de l'utérus et du placenta. Une étude approfondie des deux observations montre justement que la tuberculose est d'origine congénitale et de quelle façon se fait la transmission intrautérine du bacille tuberculeux de la mère au fœtus.

Vache de 10 ans, très petite et amaigrie.

Tuberculose du mésentère, de la plèvre, du foie et des reins. Tuberculose ganglionnaire et pulmonaire avancée.

L'utérus contient un fœtus un peu plus gros qu'un lièvre. Entre les cotylédons qui la traversent, la muqueuse utérine apparaît recouverte d'un enduit jaune sale. Le placenta laisse sourdre à la pression une grande quantité de liquide jaune sale.

Fœtus à 6 mois de gestation humaine présente une tuberculose diffuse des différents organes.

Seconde observation similaire : Vache de deux ans assez bien développée. Fœtus de 4 mois et demi de gestation humaine.

BIBLIOGRAPHIE

Ahlefelder. — *Monat. für Geburt. ü. Gyn.*, 1902.
Albertin et Tavernier. — *Lyon Médical*, 1905.
Alessandri. — *Il Policlinico*, 1910.
Alexander et Moskovicz. — *Monat. für Geburt.*, 1900.
Amann. — *Monat. für Geburt.*, 1902.
— *Int. Kongret in Rom.*, 1902.
Arloing (S.). — *Leçon sur la Tuberculose*, 1892.
Aubertin. — *Thèse de Bordeaux*, 1902.

Bail. — *Wiener Klin. Wochen.*, 1905.
Baisch. — *Archiv. für Geburt.*, 1908.
— *Semaine Médicale*, 1908.
Bar. — Société Obstétricale de France. Session 1911-12.
— Conférence à la Faculté de Madrid, 1921.
Bar et Daunay. — *L'Obstétrique*, 1909.
Bardeleben (Von). — *Munch. Med. Wochen.*, 1912.
Bass (Mlle). — *C. R. de la Société de Biologie*, 1920.
Begouin. — *Journal de Méd. de Bordeaux*, 1905.
Bellecombe (De). — *Thèse de Paris*, 1911-12.
Bender (X.) — *Revue de Gyn. et de Chir. abd.*, 1911.
Bernard (Léon) et Baron. — *Presse Médicale*, 1912.
Bernard (L.) et Masselot. — *Bull. de la Soc. d'Etudes sur la Tub.*, 1914.
Bertrand. — *Thèse de Lyon*, 1908-09.
Beuvignon. — *Thèse de Nancy*, 1897-98.
Beyea. — *Am. J. of Obst.*, 1904.
Bezançon et Serbonnes (De). — *Bull. de la Soc. d'Etudes sur la Tub.*, 1912.

Birsch-Hirschfeld. — *Zieglers Beitræge,* 1891.
Bonnaire et Mercier. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris,* 1898.
Bonnaud. — *Thèse de Lyon,* 1912-13.
Boquel. — Obs. personnelles inédites.
Boursier. — *Journal de Méd. de Bordeaux.*
Braye. — *Thèse de Paris,* 1901-02.
Brouardel. — *Thèse de Paris,* 1864-65.

Calmette. — L'infection bacillaire et la Tub., Masson, 1920.
Calmette, Guérin et Grisez. — *Soc. de Biologie,* 1923.
Cazeneuve (De). — *Thèse de Montpellier,* 1901-02.
Celler. — *Am. J. of Obst.,* 1904.
Cesari. — *Rev. Générale de Med. Vétérinaire,* 1904.
Chambrelent. — *Ann. de Gyn. et d'Obst.,* 1889.
Charrin. — *Rev. de Médecine,* 1885.
Chatou. — *Thèse de Paris,* 1907-08.
Chaufton. — *Thèse de Paris,* 1904-05.
Chausse. — *C. R. de l'Acad. des Sciences,* 1913.
Chevrier et Delval. — *Bull. et Mém. de la Soc. Anatomique de Paris,* 1910.
Commandeur. — *L'Obstétrique,* 1908.
Cornil. — Anatomie Path. des Métrites, des Salpingites et des Cancers de l'Utérus. F. Alcan, 1889.
Cornil. — *Bull. de la Soc. Anat. de Paris,* 1864.
Cornil et Dobroklowski. — *Congrès de la Tuberculose,* 1886.
Coulaud. — *Thèse de Paris,* 1922-23.
Cousyn. — *Thèse de Paris,* 1902-03.
Couvelaire. — *Thèse de Paris,* 1900-01.

Daurios. — *Thèse de Paris,* 1888-89.
Dadvidsohn. — *Berlin Klin. Wochen.,* 1899.
Debove. — *Gazette des Hôpitaux,* 1905.
Decio. — *Ann. di Ost. e. Gin.*
Delassus. — *Bull. de la Soc. Obst. de Lille.*
Dentu (Le) et Delbet. — *Traité de Chirurgie.*
Devaux. — *Thèse de Paris,* 1902-03.
Dubois. — *Schweitz. Med. Wochen.,* 1920.
Dufour et Thiers. — Soc. de Pediatrie de Paris, 1912.

Emanuel. — *Zeit. für Geburt. ü. Gyn.,* Tome 29.

Faure et Siredey. — *Traité de Gynécologie.*
Fernandez. — *Thèse de Paris,* 1898-99.
Fiessinger et P. Brodin. — *Ann. de Médecine,* 1922.
Filhoulaud. — *Thèse de Paris,* 1906-07.
Forgue et Massabuau. — *Traité de Gynécologie.*
Frank. — *Am. J. of Obst.,* 1915.
Franque (Von). — Congrès de Rome, 1902.

Galatia. — *Zentrall. f. Gyn.,* 1907.
Gavet. — *Thèse de Paris,* 1911-12.
Goodall. — *Am. J. of Obst.,* 1907.
Gorowitz. — *Thèse de Paris,* 1899-1900.
Grimault. — *Comm. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Nancy,* 1924.

Halliday Croom. — *Journal d'Obst. et de Gyn. de l'Empire Britannique,* 1913.
Hamburger. — *Munch. Med. Wochen.,* 1903.
Hamm. — *Gynécologie Obstétrique,* 1923.
Hansemann. — *Am. J. of Obst.,* 1903.
Harbitz. — *Munch. Med. Wochen.,* 1913.
Hartmann-Keppel. — *Gynécologie Obstétrique,* 1923.
Hartz. — *Monat. für Geburt.,* 1902.
Hegar. — Genital Tub. des Weibes., Stuttgart, 1886.
Hofbauer. — *Zeit. für Geburt.,* Tome 67.

Jaboulay et Rivière. — *Lyon Médical,* 1903.
Jayle. — *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.* 1913.
Joly. — *Thèse de Paris,* 1897-98.
Jousset. — *Semaine Médicale,* 1904.
Jung. — *Zentrall. f. Gyn.,* 1906.
— *Wochen. für Gyn.,* 1906.

Kaufmann. — *Lehrbuch der Path. Anatomie.,* Berlin, 1911.
Keller. — *Archiv. für Gyn.,* Tome 97.
Koch (R.). — *Deut. Med. Wochen.,* 1891.
Kockel et Lungewitz. — *Zieglers Beitrage,* 1894.
Kohler. — *La Gynécologie,* 1923.
Krauss. — *Zentral. für Gyn.,* 1904.
Krauss. — *Zeitsch für Geburt. ü. Gyn.,* 1904.
Kubinyi. — *Soc. de Gyn. de Budapest,* 1913.
Kundratt. — *Archiv. für Gyn.,* 1902.

LANDOUZY. — *Journal de Méd. et de Chir. pratiques,* 1885.
— *Revue de Médecine,* 1891.
— *Semaine Médicale,* 1891.
— *Presse Médicale,* 1908.
LANTZ. — *Arch. für Gyn.,* 1915.
LARNAUDIE. — *Thèse de Montpellier,* 1890-91.
LAUTIER. — *Soc. de Biologie,* 1908.
LENORMANT. — *Progrès Médical,* 1909.
LEWIS (C.) ET MORRIS. — *Revue de Gyn.* 1911.

MAGNAUGHTON JONES. — *Royal Soc. of Med.,* 1908.
Edim. Med. Journal, 1904.
MAIRE ET CLANGIER. — *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris,* 1912.
MATHIS. —*Bull. de la Soc. des Sciences vétérinaires de Lyon,* 1905.
MARFAN. — *Arch. Générales de Méd.,* 1886.
MARTIN. — *Monat. für Geburt.,* 1902.
MARTIN. — *Thèse de Méd.,* Lyon, 1904-05.
MARTIN. — *Jour. Am. Méd. ass.,* 1908.
MASSIA (DE). — *Thèse de Paris,* 1890-91.
MATTHIEU. — *Thèse de Paris,* 1899-1900.
MERCADE. —*Ann. de Gyn.,* 1907.
MERLETTI. — *Ann. di ost. e. Gin.,* 1912.
MAC FADYEAN. — *The Veterinary Journal,* 1911.
MUNARET. — *Thèse de Lyon,* 1898-99.

NOCARD ET LECLAINCHE. — Les Maladies microbiennes des animaux, 1903.
NOVAK ET RANZEL. — *Zeit. für Geburt,* 1910.

OLIVIER. — *Thèse de Lyon,* 1911-12.
ORTHMANN. — *Beitrage für Geburt.,* 1895.
OLOW. — *Allm. Svenska Lœgartidigen,* 1912.

PAQUY. — *Thèse de Paris,* 1896-97.
PATEL ET OLIVIER. — *Revue de Gyn. et de Chir. abdominale,* 1913.
PELICAND. — *Thèse de Lyon,* 1908-09.
PIC. — *Thèse de Lyon,* 1890-91.
PICCINI. — *Zeit. für Klin. Med.,* 1892.
PIRQUET (VON). — *Soc. Méd. de Berlin,* 1907.
— *Deut. Med. Wochen,* 1907.
PLIVARD. — *Thèse de Paris,* 1907-08.
POLANO. — *Zeit. für Geburt.,* 1901.
POLLOSSON. — *Lyon Médical,* 1904.

Rielander et Mayer. — *Archiv. für Geburt.*, 1909.
Rist, Kindler et Rolland. — *Ann. de Méd.*, 1914.
Rives. — *Thèse de Montpellier*, 1909-10.
Romer et Joseph. — *Tuberculosis*, 1918.
Rosenstein. — *Monat. für Geburt.*, 1905.
Rosthorn (Von). — *Monat. für Geburt.*, Tome 23.
— Tuberculose und schwangerschaft.
Routier. — *Thèse de Paris*, 1909-10.
Runge. — *Arch. für Gyn.*, 1903.

Sauve. — *Thèse de Paris*, 1905-06.
Schlimpert. — *Arch. für Geburt.*, Tomes 90 et 94.
Schmidt. — *Zeit. für Geburt.*, Tome 73.
Schmorl. — *Verhandlungen der deut. Path. Gesellschaft*, 1904.
Schmorl et Kockel. — *Zieglers Beitrage*, 1894.
Schmorl et Birsch-Hirschfeld. — *Zieglers Beitrage*, 1909.
Schroeder. — *Zentrall. für Gyn.*, 1921.
Schrumpf. — *Zieglers Beitrage*, 1907.
Scipiades. — *Zentrall. für Gyn.*, 1907.
Sezary. — *Gazette des Hôpitaux*, 1913.
Schellong. — *Zentrall. für Gyn.*, 1885.
Simmonds. — *Arch. für Geburt.*, 1909.
— *Soc. Méd. de Hambourg*, 1904.
Sitzenfrey. — *Medizinalanzeiger*, 1910.
Spartz (L.). — *Revue Gén. de Méd. Vétérinaire*, 1924.
— *Strasbourg Médical*, 1924.
— Le Service Sanitaire de la Ville de Luxembourg. Rapports annuels.
Stober. — *Med. News.*, 1898.
Stassmann. — *Arch. für Gyn.*, 1917.
Stutz. — *Zeit. für Geburt.*, 1913.

Todorsky. — *Thèse de Montpellier*, 1912-13.
Turner. — *Am. J. of Obst.*, 1900.

Uhland. — *J. D. Tubingen*, 1886.

Vallée (H.) et Panisset. — Les tuberculoses animales, G. Doin.
Vautrin. — *La Gynécologie*, 1924.
— *Gynécologie Obstétrique*, 1923.
Vermeil. — *Thèse de Paris*, 1880.
Villemin. — Congrès Int. de la Tuberculose, 1905.
Vineberg. — *Am. Gynecologie.*

WARTHIN. — *Med. News.*, 1896.
WEIL. — *Munch. Med. Wochen.*, 1910.
WELLER. — *Arch. Int. de Médecine*, 1916.
WESTENHOFFER. — *Deut. Med. Wochen.*, 1903.
WILLIAMS. — John Hopkins, Hôpital Rep., 1892.
WOLFF. — *Beitrage zür Geburt.*, Tome 17.

TABLE DES MATIERES

PAGES

INTRODUCTION 7

PREMIÈRE PARTIE

Etude anatomo-clinique 13

CHAPITRE PREMIER

La tuberculose génitale permet-elle la grossesse? 13
1° Tuberculose génitale ayant existé et ayant guéri spontanément, suivie de grossesse 13
2° Tuberculose génitale ayant existé et ayant été opérée, suivie de grossesse 16
3° Tuberculose génitale ayant précédé puis accompagné la grossesse 19

CHAPITRE II

Tuberculose génitale et grossesse 27
1° Tuberculose génitale et grossesse ectopique 27
2° Tuberculose génitale et grossesse utérine 29

CHAPITRE III

Tuberculose génitale, accouchement et délivrance 30

CHAPITRE IV

Tuberculose génitale et post partum 41

Chapitre V

Pathologie comparée 49

Conclusions 55

DEUXIÈME PARTIE

Considérations pathogéniques 57

Observations 61

Bibliographie 99